

World Psychiatry

Edición en Español

REVISTA OFICIAL DE LA ASOCIACIÓN MUNDIAL DE PSIQUIATRÍA (WPA)

Volumen 3, Número 2



Septiembre 2005

EDITORIALES

- El programa de la WPA frente al tsunami 65
A. OKASHA
Respuesta de la OMS frente a los problemas de salud mental causados por el tsunami asiático 66
B. SARACENO

PERSPECTIVA

- El desafío de la salud mental en Sri Lanka en el contexto del trabajo en la zona del desastre 68
R. D'SOUZA, B. SINGH

ARTÍCULOS ESPECIALES

- Tratamiento multimodal de los trastornos de la conducta alimentaria 69
K.A. HALMI
Constructivismo y psicoterapia 74
M.J. MAHONEY, D.K. GRANVOLD

FÓRUM – HECHOS Y VALORES EN EL DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO

- Los dos ojos bien abiertos: ¿hechos y valores en el diagnóstico psiquiátrico? 78
K.W.M. FULFORD, M. BROOME, G. STANGHELLINI, T. THORNTON

Comentarios

- Con dificultades para ver y sin aliento: la crisis emergente de los valores 87
J.Z. SADLER

- Con un ojo abierto sobre la utilidad clínica 87
M.B. FIRST

- El guiño ante los hechos y la pérdida de la concepción de Hare: el pluralismo de los valores y el análisis de la disfunción perjudicial 88
J.C. WAKEFIELD

- Una receta para el desastre: equiparación de la responsabilidad del profesional y del paciente en el desarrollo del diagnóstico psiquiátrico 89
R.L. SPITZER

- Reconocimiento de la importancia de los valores 90
N. SARTORIUS

- Los ojos y los oídos bien abiertos: los valores en el contexto clínico 90
C.E.M. BANZATO, M.E.C. PEREIRA

- Valores y diagnóstico integral 91

J.E. MEZZICH

- Eliminación de la brecha entre los hechos y los valores 92

J. TAN

- Una mirada con los dos ojos y el corazón abiertos: la significación de la vida en el diagnóstico psiquiátrico 93

T. KITAMURA

- La necesidad de unos ojos entrenados para contemplar los hechos y los valores en el diagnóstico psiquiátrico 94

C.W. VAN STADEN

- Color para nuestros ojos 95

C. KING

ARTÍCULOS DE INVESTIGACIÓN

- Desmoralización, anhedonia y aflicción en los pacientes con enfermedad física grave 96

D. CLARKE, D.W. KISSANE, T. TRAUER, G.C. SMITH

- Estigmatización de las personas que sufren enfermedades mentales: un estudio 106

de seguimiento en el contexto de la campaña «Cambiemos nuestras mentes» del Royal College of Psychiatrists

A. CRISP, M. GELDER, E. GODDARD, H. MELTZER

- Tasas globales de suicidio en los jóvenes de 15 a 19 años de edad 114

D. WASSERMAN, Q. CHENG, G-X. JIANG

D. WASSERMAN, Q. CHENG, G-X. JIANG

D. WASSERMAN, Q. CHENG, G-X. JIANG

INFORMES DE LAS SECCIONES DE LA WPA

- Trastorno por estrés postraumático en los niños 121

D. KAMINER, S. SEEDAT, D.J. STEIN

NOTICIAS DE LA WPA

- El 13º Congreso Mundial de Psiquiatría 126

(El Cairo, 10-15 de septiembre de 2005)

A. OKASHA

- Aspectos destacados de las reuniones científicas de la WPA 126

P. RUIZ

- Publicaciones de la WPA: una actualización 127

M. MAJ

World Psychiatry

Edición en Español

REVISTA OFICIAL DE LA ASOCIACIÓN MUNDIAL DE PSIQUIATRÍA (WPA)

Volumen 3, Número 2



Septiembre 2005

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)

Editorial Board: A. Okasha (Egypt), J.E. Mezzich (USA), J. Cox (UK), S. Tyano (Israel), P. Ruiz (USA), R. Montenegro (Argentina), G. Christodoulou (Greece)

Advisory Board: H.S. Akiskal (USA), R.D. Alarcón (USA), H. Freeman (UK), M. Kastrup (Denmark), H. Katschnig (Austria), J.J. López-Ibor (Spain), D. Moussaoui (Morocco), P. Munk-Jorgensen (Denmark), F. Njenga (Kenya), J. Parnas (Denmark), V. Patel (India), N. Sartorius (Switzerland), R. Srinivasa Murthy (India), J. Talbott (USA), M. Tansella (Italy), 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), E. Jadresic (Chile), M. Jorge (Brasil), C. Leal (España), R. Montenegro (Argentina), A. Perales (Perú), L. Salvador-Carulla (España), A. Valmaggia (Uruguay)

Periodicidad: 3 números al año

Disponible en Internet: www.ArsXXI.com/WP

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

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



Ars Medica

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 • República Dominicana • Uruguay • Venezuela

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

Passeig de Gràcia 84, 1.ª • 08008 Barcelona • Tel. (34) 932 721 750 • Fax (34) 934 881 193

Apolonio Morales 13 • 28036 Madrid • Tel. (34) 915 611 438 • Fax (34) 914 113 966

© Copyright World Psychiatric Association

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

Publicación que cumple los requisitos de soporte válido

ISSN: 1697-0683

Composición y compaginación: Gràfic-5, S.L. • Santiago Rusiñol 23 • 08031 Barcelona

Depósito Legal: B-34.071-2003

Impresión y encuadernación: Gràfiques 92, S.A. • Av. Can Sucarrats 91 • 08191 Rubí (Barcelona)

Reservados todos los derechos.

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

Traducido por Grupo Ars XXI de Comunicación, S.L., del original en lengua inglesa (Volumen 4, Número 2, 2005). La responsabilidad de la traducción recae sólo en Grupo Ars XXI de Comunicación, S.L., y no es responsabilidad de la World Psychiatric Association (WPA).

Translated by Grupo Ars XXI de Comunicación, S.L., from the original english language version (Volume 4, Number 2, 2005). Responsibility for the accuracy of the spanish language rests solely with Grupo Ars XXI de Comunicación, S.L., and is not the responsibility of the World Psychiatric Association (WPA).

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

LOPD: Informamos a los lectores que, según la ley 15/1999 de 13 de diciembre, sus datos personales forman parte de la base de datos de Grupo Ars XXI de Comunicación, S.L. Si desea realizar cualquier rectificación o cancelación de los mismos, deberá enviar una solicitud por escrito a: Grupo Ars XXI de Comunicación, S.L. Paseo de Gracia 84, 1.ª 08008 Barcelona.

El programa de la WPA frente al tsunami

AHMED OKASHA

President, World Psychiatric Association

La WPA está preocupada por diseñar una estrategia a largo plazo que contribuya al alivio de las consecuencias de los desastres sobre la salud mental; al respecto, actualmente su interés se centra en las consecuencias del desastre del tsunami. La WPA no es una asociación de recaudación de fondos, pero puede proporcionar la tecnología necesaria para ayudar a las personas afligidas por el desastre.

La primera reunión del comité directivo del programa de tsunami de la WPA se celebró en El Cairo el 12 de febrero de 2005. Después de la presentación y del estudio de la situación y de las necesidades reales en la región, se trataron varias propuestas de acción.

La WPA establecerá una red mundial de psiquiatras con experiencia y compromiso con respecto al alivio de los desastres de carácter psicosocial; se podrá establecer contacto con esta red para activar sus servicios de ayuda, tanto en su propia localización geográfica como en las proximidades de los países necesitados, según el idioma y los requisitos culturales existentes en la zona afectada. La WPA propone una política que pueda ofrecer, de modo rápido y eficaz, una respuesta frente a los desastres.

La WPA ya ha establecido un fondo de desastres que, en este momento, está recibiendo apoyo de distintas personas y organizaciones. Las contribuciones se pueden enviar al número de cuenta 426-5000545-65, J.P. Morgan Chase Bank Routing # 021 000 021. Este fondo de desastres permitirá a la WPA ayudar a las víctimas no sólo del desastre del tsunami sino también de los desastres futuros causados por el hombre o de origen natural, mediante la provisión de la logística necesaria para la formación de personal sanitario.

En colaboración con el Department of Mental Health and Substance Abuse de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la WPA recogerá toda la información relativa a los documentos y programas disponibles para las intervenciones frente a los desas-

tres. La información que sea válida, fiable y respaldada por la OMS aparecerá en el sitio web de la WPA. Se prestará apoyo económico a las sociedades miembro de la WPA pertenecientes a las regiones afectadas siempre y cuando éstas presenten un proyecto claro con objetivos, presupuesto, cronograma y resultados esperados.

Se ha decidido la provisión inmediata de una suma de 10.000 dólares norteamericanos a la Indonesian Psychiatric Association y al Sri Lankan College of Psychiatrists, con objeto de que puedan llevar a cabo durante el próximo año la formación de instructores y trabajadores sanitarios respecto a la psiquiatría de atención primaria y a la solución de los problemas de salud psiquiátricos y mentales de los supervivientes del desastre del tsunami. Se están asignando fondos adicionales para las actividades a largo plazo a partir del primer año; para finalizar la traducción del programa multimedia relativo al desastre, preparado por la sección de desastres de la WPA, y para la evaluación y la ejecución de las distintas actividades, priorizando aquellas que se centren en la salud mental de los niños.

La segunda reunión del comité directivo del programa de tsunami de la WPA se celebró en Atenas el 10 de marzo de 2005. En este momento ya se ha efectuado la transferencia de los fondos a la Indonesian Psychiatric Association y al Sri Lankan College of Psychiatrists, y han comenzado las actividades planificadas.

Éste es un proceso en curso que se está llevando a cabo con la esperanza de que la WPA pueda alcanzar sus objetivos de promover la salud mental en la región afectada, teniendo en cuenta los valores culturales, religiosos y sociales de las personas que residen en ella, especialmente después de que los informes recibidos indican una capacidad de adaptación extraordinaria de las personas afectadas para hacer frente a la tragedia a través de sus creencias religiosas y espirituales.

World Psychiatry 2005; 3: 65

Respuesta de la OMS frente a los problemas de salud mental causados por el tsunami asiático

BENEDETTO SARACENO

Department of Mental Health and Substance Abuse, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza

Las actividades de salud mental de la Organización Mundial de la Salud (OMS) pertinentes al tsunami asiático de diciembre de 2004 comenzaron mucho tiempo antes del propio tsunami y seguirán durante los años venideros. Distintos departamentos y oficinas de la OMS han iniciado su actividad para organizar una respuesta de salud mental frente al desastre. Las funciones esenciales de la OMS en las situaciones de emergencia consisten en informar a los Ministerios de Salud (MS) correspondientes sobre la política de salud mental más adecuada, ayudar a los MS para la planificación y la coordinación de la respuesta, colaborar con los MS para el control de la calidad de la asistencia técnica externa, y cooperar en la reconstrucción, de manera que sea posible establecer un servicio de salud mental nacional sostenible. Estas funciones derivan del mandato específico que tiene la OMS y son muy diferentes de las desempeñadas por otros organismos, tales como las organizaciones no gubernamentales (ONG), las asociaciones profesionales y los departamentos académicos.

ACTIVIDADES ANTERIORES AL TSUNAMI

El Department of Mental Health and Substance Abuse de la OMS ha desarrollado en los últimos años un marco normativo para el establecimiento de servicios comunitarios de salud mental (1) y para la elaboración de estrategias e intervenciones de salud mental durante las situaciones de emergencia y después de ellas (2). Después del tsunami, el programa «Mental Health in Emergencies» (2) ha sido el documento de salud mental más utilizado por los organismos que han trabajado en esta área. El documento proporciona el marco para el proyecto previo al tsunami del MS sobre política de salud mental en Aceh y para los planes de salud mental actuales, posteriores al tsunami, de los MS en Indonesia y Sri Lanka. Las principales intervenciones esbozadas en el documento «Mental Health in Emergencies» se pueden encontrar también en el influyente «Sphere Handbook» (3), que ha sido difundido por importantes organizaciones de ayuda, como orientación para una respuesta de ayuda multisectorial frente al tsunami. El personal de la OMS también ha redactado una monografía científica sobre un reciente consenso sobre diferentes aspectos mentales y sociales en la fase aguda de los desastres; esta monografía se publicó, casualmente, unos pocos días después del tsunami (4). En otras palabras, la asesoría técnica de la OMS –que se ha llevado a cabo tanto a través de sus propios documentos como por medio de otras organizaciones– ha influido sobre las intervenciones de salud y sociales después del tsunami.

Poco tiempo antes del tsunami, la OMS había desarrollado un plan de salud mental para la parte nordeste de Sri Lanka, afectada por un conflicto civil, en estrecha colaboración con expertos de salud mental de dicha región. Influido por la organización de servicios existente en Jaffna, este plan se centró en la implementación de un equipo multidisciplinario en cada distrito. Actualmente, el gobierno de Sri Lanka, la delegación de la OMS en

Sri Lanka y diversas ONG internacionales con experiencia en psiquiatría utilizan una versión adaptada de este plan del nordeste, como marco para desarrollar servicios de salud mental comunitarios a largo plazo tras el tsunami, en los distritos de Sri Lanka.

ACTIVIDADES POSTERIORES AL TSUNAMI

El trabajo de la OMS realizado antes del tsunami en Sri Lanka ha tenido una gran repercusión sobre la respuesta de salud mental tras el propio tsunami.

La existencia de sus oficinas regionales y estatales le permitió a la OMS empezar a proporcionar ayuda desde el primer día de la catástrofe. A los pocos días del desastre ya se habían distribuido en las zonas afectadas los documentos básicos de la OMS relativos a la salud mental en situaciones de emergencia. El personal de la OMS y los consultores con experiencia habían llegado a la zona antes de transcurridas 2 semanas y permanecieron en ella durante muchos meses, realizando las actividades prioritarias que se exponen a continuación.

Apoyo a los ministerios de salud

La OMS prestó un apoyo inmediato a los MS para la consideración de las necesidades de salud mental y para la elaboración de planes de acción y estrategias que pudieran responder a dichas necesidades. También proporcionó asistencia técnica en forma de documentos, manuales de formación y asesoramiento acerca de las intervenciones de salud mental. La sede central de la OMS elaboró un manual relativo a los niños afectados por el tsunami (5), así como un trabajo breve sobre el posible alcance de los problemas de salud mental, que incluía las respuestas recomendadas para esos problemas (6).

Coordinación

Una de las necesidades más importantes durante el período posterior al desastre es la coordinación, para entroncar las ofertas de asistencia con las necesidades. La OMS ha formado parte de los comités de coordinación de los distintos países, para asegurar un enfoque eficaz y uniforme en todas las actividades de salud psicosocial y mental. Esta función ha incluido la evaluación de todas las ofertas de asistencia y la selección de aquellas con más posibilidades de atender mejor a la población, dirigiéndolas a las áreas de máxima necesidad, todo ello en coordinación con las instituciones y los profesionales locales y rechazando las ofertas con pocas posibilidades de ser útiles (p. ej., visitas breves de expertos o consejeros profesionales que no hablan los idiomas locales). Dada la respuesta internacional masiva frente al desastre, las tareas de coordinación han sido importantes.

Formación

La OMS ha ayudado en la formación de los profesionales sanitarios y de otros sectores para la provisión de la asistencia de salud mental básica. En todos los países se ha aplicado un plan escalonado de formación sistemática, mediante la aplicación de los materiales formativos de la OMS adaptados a las situaciones locales.

Refuerzo de los servicios de salud mental

En casi todas las zonas afectadas por el tsunami los servicios de salud mental existentes antes del desastre eran deficientes. La OMS está trabajando con los MS, con diversas instituciones y profesionales locales, y con organismos internacionales, para reforzar los servicios de salud mental y responder adecuadamente a las necesidades recién surgidas y a las existentes antes del desastre. Estos servicios están fundamentados en el modelo de salud mental comunitario y han sido diseñados con el criterio claro de que se puedan sostener en el tiempo.

Movilización de recursos

La OMS ha movilizado los recursos financieros y humanos adecuados para responder a las necesidades planteadas durante los primeros 6 meses de las actividades de salud mental. Dado que el interés de los donantes a menudo se desvanece rápidamente después de las catástrofes, la OMS está realizando intensos esfuerzos con objeto de movilizar grandes recursos que permitan poner en práctica a largo plazo los planes que ha desarrollado.

CONCLUSIONES

Las tragedias a gran escala, como la causada por el tsunami asiático, plantean retos enormes con respecto a la asistencia en salud mental a las poblaciones afectadas. La OMS está desempeñando una función única para asegurar que la respuesta de salud mental sea rápida, apropiada, considerable y sostenida. Los desastres proporcionan una oportunidad para desarrollar los servicios de salud mental comunitarios, tan necesarios en las regiones de recursos escasos.

No podemos pasar por alto esta oportunidad, aun cuando su causa sea realmente triste.

World Psychiatry 2005; 3: 66-67

Bibliografía

1. World Health Organization. Mental health policy and service guidance package. Geneva: World Health Organization, 2003.
2. World Health Organization. Mental health in emergencies: psychological and social aspects of health of populations exposed to extreme stressors. Geneva: World Health Organization, 2003.
3. Sphere Project. Humanitarian charter and minimum standards in disaster response. Geneva: Sphere Project, 2004.
4. van Ommeren M, Saxena S, Saraceno B. Mental and social health during and after acute emergencies: emerging consensus? WHO Bull 2005;83:71-5.
5. World Health Organization. Mental health and psychosocial care for children affected by natural disasters. Geneva: World Health Organization, 2005.
6. World Health Organization. Briefing note on psychosocial/mental health assistance to the tsunami-affected region. Geneva: World Health Organization, 2005.

El desafío de la salud mental en Sri Lanka en el contexto del trabajo en la zona del desastre

RUSSELL D'SOUZA, BRUCE SINGH

Department of Psychiatry, University of Melbourne, Australia

Esta perspectiva está basada en nuestra experiencia de trabajo en las áreas de Sri Lanka afectadas por el desastre, como parte del grupo de estudio regional establecido por la WPA y por la Indo Australasian Psychiatry Association (IAPA) para evaluar y planificar las ayudas necesarias de salud psicosocial y mental en las áreas afectadas.

Actualmente, los desafíos que plantea la salud mental en Sri Lanka son: a) los problemas de salud mental que existen en las situaciones normales; b) un aumento considerable de los trastornos mentales habituales y de otros problemas de salud mental, debido a los efectos del reciente desastre, y c) los problemas de salud mental debidos a los efectos de los conflictos en el norte y el oriente del país. La magnitud de estos problemas no sólo se manifiesta en el sistema de salud mental sino también en el sistema de salud general, dado que la mayoría de los pacientes tiende a solicitar ayuda en este último por problemas de salud mental, que se manifiestan de manera característica como cuadros somáticos. Los esfuerzos necesarios no sólo deberán centrarse en las necesidades inmediatas de esta población ya afectada por morbilidad, sino que también tendrán que incluir planes a mediano y largo plazo dirigidos hacia el establecimiento y la potenciación de mecanismos de resistencia y superación.

Nuestra experiencia actual con las víctimas del desastre del tsunami indica una prevalencia baja del trastorno de estrés postraumático (TEPT), tal como se experimenta en situaciones similares en los países occidentales. Por el contrario, la somatización parece ser común, y los pacientes con cuadros somáticos generalmente acuden a los médicos, los cardiólogos e, incluso, a los cirujanos.

Dadas la falta de recursos de salud mental y la concienciación muy limitada que existe en estas culturas acerca de las cuestiones psicológicas, es habitual que la morbilidad psiquiátrica no sea diagnosticada ni tratada. El problema se complica todavía más por la llegada de organizaciones no gubernamentales bien intencionadas que tienden a ofrecer intervenciones centradas en los traumatismos psicológicos a sectores de población afectados por el desastre. Las intervenciones aplicadas con mayor frecuencia para reducir el estrés postraumático son las entrevistas psicológicas y la administración de benzodiacepinas. Sin embargo, a falta de recursos del sistema de salud pública, y considerando la escasez de los recursos preexistentes tanto humanos como comunitarios, quizá no sea apropiado este enfoque de promover la búsqueda de casos de TEPT y de aplicar tratamientos centrados en el traumatismo.

Otro aspecto que se debe tener en cuenta es el lugar que ocupan la religión, la espiritualidad y los ritos en la potenciación de los mecanismos de resistencia, superación y reconstrucción, mediante la aceptación de que todo tiene algún significado, incluso las situaciones de sufrimiento y pérdida. Fue realmente dramático el momento en el que una mujer que había perdido su familia y todas sus pertenencias nos dijo «he perdido todo lo que tenía y ahora sólo me queda Dios». En este mismo momento, algunos de nosotros en nuestras residencias seguras y cómodas de nuestras grandes ciudades estamos debatiendo la existencia de Dios en el contexto de este desastre natural. En

las entrevistas realizadas a las víctimas del desastre quedó claro que no sólo no perdieron su fe, sino que reforzaron sus creencias. Si nuestra experiencia en las zonas afectadas es mínimamente correcta, ha permitido constatar la prevalencia de la fe en el mundo. Por lo tanto, en estas áreas de recursos escasos la colaboración de los profesionales de la asistencia sanitaria y de la salud mental con los recursos tradicionales apropiados, como curanderos, guías espirituales, sacerdotes y otros, se contempla no sólo como una oportunidad, sino como una participación importante y necesaria, así como una oportunidad para ayudar a dar sentido a la experiencia y suministrar asistencia sanitaria y apoyo general a la comunidad.

Creemos que el control de las consecuencias de este desastre tendrá que adaptarse a cada una de las regiones afectadas, cuyas necesidades, recursos y culturas son diversos. Para abordar esta situación de necesidades masivas y de recursos profesionales muy limitados, habrá que tener en cuenta diversos enfoques innovadores. Entre ellos, la formación de profesionales alternativos y el uso de los recursos de la comunidad –profesores, curanderos, religiosos y voluntarios–, con objeto de formar y capacitar a la población. Para la promoción de formas culturalmente aceptables de superación, pueden considerarse algunas estrategias e intervenciones que se han utilizado con éxito en otras situaciones de desastre. Un ejemplo, extraído del programa Education for Peace del Líbano, es el abordaje que considera no solamente las alteraciones emocionales sino también el restablecimiento de un sentido de la normalidad, mediante la provisión de educación y de materiales didácticos, fomentando un ambiente en el cual los problemas emocionales se puedan resolver de forma natural. Dada la existencia de una correlación intensa entre las dificultades de la madre y las del niño, la familia entera debe convertirse en el objetivo del apoyo eficaz, mediante la potenciación de la comunicación entre los familiares y el fortalecimiento de los comportamientos rituales propios de la familia; asimismo, debe propiciarse que los familiares compartan sus sentimientos y emociones.

Se deben promover los métodos tradicionales de apoyo y solidaridad en la comunidad. Con la pérdida masiva de vidas y el desplazamiento forzoso y a gran escala de la población, la reconstrucción del apoyo de las comunidades representa realmente una manera de promocionar la salud mental de la población. Los medios de comunicación pueden tener una importante influencia positiva en la difusión del mensaje de promoción de la salud mental a la población general.

Por último, en todos los esfuerzos para ayudar siempre existe la tentación de adoptar medidas rápidas y a corto plazo para aliviar el sufrimiento. Sin embargo, estas medidas a corto plazo deben ir acompañadas, en todos los casos, de un plan a largo plazo para reconstruir los servicios de salud mental esenciales en los niveles primario, secundario y terciario. El plan a largo plazo no sólo implica la formación y la capacitación de las personas, sino la preparación de la población para hacer frente a desastres y situaciones de emergencia futuros.

World Psychiatry 2005; 3: 68

Tratamiento multimodal de los trastornos de la conducta alimentaria

KATHERINE A. HALMI

Eating Disorder Program, Weill Medical College of Cornell University, New York Presbyterian Hospital, Westchester Division, White Plains, NY 10605, EE.UU.

El tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria se basa en un modelo multimodal, teniendo en cuenta que estos trastornos no muestran una única causa ni un curso predecible. La estrategia terapéutica debe determinarse en función de la gravedad de la enfermedad y del diagnóstico específico del trastorno concreto de la conducta alimentaria. Los elementos fundamentales en el tratamiento de la anorexia nerviosa son el control de los aspectos médicos, la terapia conductual, la terapia cognitiva y la terapia familiar, mientras que la farmacoterapia es –en el mejor de los casos– un complemento de las otras formas de terapia. En la bulimia nerviosa, el tratamiento más adecuado es la terapia cognitivo-conductual, aunque se consiguen resultados mejores respecto al estado de ánimo y la ansiedad cuando se añade un tratamiento antidepresivo. En el trastorno por atracón, la terapia cognitivo-conductual y la terapia interpersonal inducen cambios considerables y duraderos, y el tratamiento farmacológico desempeña a menudo una función útil.

Palabras clave: trastornos de la conducta alimentaria, tratamiento multimodal, terapia cognitivo-conductual, farmacoterapia, rehabilitación nutricional

El tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria está fundamentado en un modelo multimodal. Este modelo reconoce que los trastornos de la conducta alimentaria no tienen una causa única ni un curso predecible. Los pacientes empiezan sometiéndose a una dieta o restringiendo el comportamiento alimentario. A menudo el objetivo de ponerse a dieta es el de estar más delgado y más atractivo, aunque las dietas también pueden ser debidas a un estrés grave o a una enfermedad física. Los comportamientos e influencias que anteceden al hecho de seguir una dieta pueden clasificarse como problemas de vulnerabilidad biológica, factores de predisposición psicológica, problemas familiares e influencias ambientales-sociales. El efecto integrado de estos problemas sobre el comportamiento de ponerse a dieta impulsa al individuo a sufrir un trastorno de la conducta alimentaria. A medida que se mantiene la dieta, surgen: inanición, pérdida de peso, problemas nutricionales y cambios psicológicos. Se establece así un ciclo sostenido de comportamientos alimentarios disfuncionales con mecanismos de refuerzo, tanto psicológicos como fisiológicos.

Con respecto a los pacientes con anorexia nerviosa, aparece un refuerzo psicológico a medida que desarrollan un sentido de seguridad y eficacia, debido a que perciben que estar a dieta y perder peso es algo que pueden controlar muy bien, con una habilidad consumada. Posiblemente, los cambios fisiológicos en los sistemas neurotransmisores dopaminérgico, serotoninérgico y opioide facilitan el refuerzo del comportamiento de inanición. Con respecto a la bulimia nerviosa, el refuerzo psicológico se produce cuando el paciente comprende que el consumo de alimentos de forma compulsiva puede aliviar la ansiedad, tal como ocurre con el alcohol o las drogas. Durante el proceso de purgas autoinducidas se libera dopamina en el cerebro, lo que probablemente contribuye al refuerzo fisiológico del comportamiento compulsivo/purgativo.

FACTORES DE RIESGO

Hay varias categorías diferentes de factores de riesgo para los trastornos de la conducta alimentaria. Los factores de riesgo familiares han sido demostrados en estudios de carácter familiar. Si una persona tiene un familiar que sufre anorexia nerviosa, bulimia nerviosa u obesidad, muestra una probabilidad mayor de padecer un trastorno de la conducta alimentaria (1). Además, si una persona tiene un familiar con depresión o con cuadros de abuso de alcohol o drogas, presenta un riesgo mayor de sufrir un trastorno de la conducta alimentaria. Los factores biológicos individuales son el sobrepeso ligero y la menarquía temprana (2).

Los estudios genéticos han revelado la existencia de una relación significativa entre el cromosoma 1 y la anorexia nerviosa de

tipo restrictivo (3), así como de una relación genética significativa entre el cromosoma 10 y la bulimia nerviosa (4). En estudios de asociación no se han obtenido resultados uniformes y constantes en relación con los polimorfismos de genes específicos. Las vulnerabilidades genéticas posibles son la predisposición a un tipo particular de personalidad, la predisposición a un trastorno psiquiátrico (trastornos del estado de ánimo o de ansiedad) y la predisposición a una disfunción en los neurotransmisores. Así, la predisposición genética y la vulnerabilidad pueden hacerse manifiestas en condiciones adversas, tales como el consumo de una dieta inapropiada o el estrés emocional.

La vulnerabilidad biológica puede consistir en la disfunción de neurotransmisores, como la serotonina, la dopamina y la noreadrenalina, que regulan el comportamiento alimentario. En diversos estudios se ha observado que estos tres neurotransmisores están alterados en los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria (5-7). En los trastornos de la conducta alimentaria también se demuestran alteraciones de los neuropéptidos que regulan el comportamiento alimentario. Estos cambios se observan en el neuropéptido Y, los opioides, la leptina, la colecistoquinina, la ghrelina, las melanocortinas, la adiponectina, la proteína relacionada con agouti y el factor neurotrófico de origen cerebral (8).

Las señales periféricas, como los péptidos y adipoquinas relacionados con el intestino, interactúan con péptidos hipotalámicos para la regulación del comportamiento alimentario y del peso corporal. Los cambios en el estado nutricional influyen en las concentraciones de los neuropéptidos tanto en el plasma como en el líquido cefalorraquídeo, así como en su actividad receptora (9).

Entre los factores de riesgo psicológicos individuales es importante la personalidad perfeccionista-obsesiva, que representa un riesgo especialmente para el tipo restrictivo de anorexia nerviosa (10). Son factores de riesgo para la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa la autoestima baja y el sentimiento de inutilidad, la falta de confianza y el sentimiento de inadecuación (11). Los trastornos del estado de ánimo (depresión) y los cuadros de abuso de alcohol y drogas son factores de riesgo, especialmente para la bulimia nerviosa (12).

Otros factores de riesgo adicionales son diversos comportamientos individuales, como el hecho de ponerse a dieta o de participar en actividades deportivas o profesiones que requieren un control estricto del peso corporal. Entre las actividades deportivas destacan la gimnasia, el ballet y la lucha; entre las profesiones, los jinetes de carreras de caballos, los actores y los modelos (13).

Además de los factores de riesgo biológicos y psicológicos, se manifiesta la influencia del entorno social. Ésta se refiere a los factores de riesgo culturales, como el hecho de vivir en un país industrializado, el énfasis en la delgadez como símbolo de la belleza

y –en Estados Unidos– un aumento significativo del peso corporal a lo largo de los 40 últimos años (14). También pueden ser factores de riesgo para la aparición de un trastorno de la conducta alimentaria los acontecimientos vitales estresantes, como la muerte de un familiar cercano o un amigo, o los cuadros de abuso sexual y físico (15).

TRATAMIENTO

La gravedad de la enfermedad y el diagnóstico específico determinan la estrategia terapéutica que se debe seguir en los trastornos de la conducta alimentaria. Se han desarrollado directrices para el tratamiento de los trastornos de diferente grado de gravedad, desde la hospitalización a los programas de día, la terapia ambulatoria intensiva o la terapia de grupo (16). No se ha realizado ningún estudio aleatorizado y controlado para evaluar adecuadamente la intensidad del tratamiento. Las categorías principales de trastornos de la conducta alimentaria son la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón. Las variaciones de estos trastornos se tratan de igual manera que la categoría diagnóstica principal a la que más se aproximan.

Se han efectuado tres revisiones de los estudios de investigación sobre nuevos tratamientos en los trastornos de la conducta alimentaria, con un análisis de carácter crítico. Son las revisiones Cochrane (17), las directrices de práctica de Australia y Nueva Zelanda para el tratamiento de la anorexia nerviosa (18) y las normas para el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria elaboradas por el National Institute for Clinical Excellence de Londres (19).

Tratamiento de la anorexia nerviosa

Los elementos fundamentales en el tratamiento de la anorexia nerviosa son el control de los aspectos médicos, la terapia conductual, la terapia cognitiva y la terapia familiar. La farmacoterapia representa, en el mejor de los casos, un complemento de las otras terapias utilizadas en esta enfermedad. Son esenciales la rehabilitación nutricional y el restablecimiento del peso corporal. La terapia conductual es útil para conseguir un aumento de peso y para la prevención de los comportamientos compulsivos y purgativos. La terapia cognitiva aborda las cogniciones distorsionadas respecto a sentirse gordo, la determinación de la autoestima exclusivamente por la imagen corporal y el sentido generalizado de inutilidad e inadecuación. La terapia familiar es especialmente eficaz en los niños menores de 18 años de edad. La administración de fluoxetina puede prevenir la recaída en los pacientes que han alcanzado al menos un 85 % de su peso normal. Los antipsicóticos atípicos pueden ser útiles para reducir la ansiedad grave y potenciar el aumento del peso corporal (20).

Los programas de rehabilitación nutricional aplican generalmente un abordaje de apoyo emocional y diversas intervenciones conductuales que combinan elementos de refuerzo tales como el ejercicio físico, el reposo en cama y el ofrecimiento de diversos privilegios si el paciente alcanza el peso corporal adecuado, realiza los comportamientos apropiados y mantiene una actitud de retroalimentación informativa. No se ha efectuado ningún ensayo aleatorizado y controlado para demostrar la superioridad de la alimentación con sonda nasogástrica respecto a la alimentación oral, en la fase de rehabilitación nutricional. Los partidarios de la alimentación mediante sonda nasogástrica sostienen que dicha intervención puede acelerar el aumento del peso corporal sin causar efectos perjudiciales. La realimentación nocturna suplementaria mediante sonda nasogástrica se ha usado para obtener un resultado mejor a corto plazo en adolescentes hospitalizadas con anorexia nerviosa. En otros centros se realiza la alimentación con sonda nasogástrica

de manera voluntaria y se enseña a los pacientes cómo utilizar su propia sonda. No se han efectuado estudios con control adecuados para evaluar este tipo de intervención.

Con respecto a las intervenciones psicosociales individuales, sigue habiendo dificultades para hacer participar a los pacientes y para que éstos mantengan su participación. La interpretación de los resultados obtenidos en estudios controlados y aleatorizados se complica por la existencia de una tasa de abandonos del 33 %, como mínimo, por parte de los pacientes a causa de la recidiva (21). Hay algunos datos que indican que el aumento del peso corporal tras la terapia cognitivo-conductual puede reducir el riesgo de recaída (22).

La terapia familiar es el tratamiento más eficaz en los adolescentes con anorexia nerviosa y parece ser igualmente eficaz cuando se administra de forma conjunta a otros tratamientos o en forma de terapia aislada (23). En términos generales, 6 meses de terapia parecen ser tan eficaces como 12 meses; sin embargo, los pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo grave pueden requerir un tratamiento más prolongado (24). Se han efectuado pocos estudios acerca de la eficacia de la psicoterapia de grupo en el tratamiento de la anorexia nerviosa, y acerca de la utilidad de los grupos de apoyo en este trastorno.

La terapia cognitiva de la anorexia nerviosa se basa en dos supuestos básicos. En primer lugar, que la evitación de los alimentos, necesaria para mantener un peso corporal bajo, es esencialmente una fobia alimentaria. En segundo lugar, que la anorexia nerviosa desempeña una función positiva: representa un mecanismo de escape respecto a cuestiones aversivas del desarrollo y a acontecimientos vitales estresantes, a menudo de naturaleza interpersonal.

Uno de los elementos de la terapia cognitiva es la reestructuración cognitiva. En este enfoque, el paciente debe identificar pensamientos negativos específicos, enumerar las pruebas que justifican estos pensamientos, enumerar también las pruebas que contradicen dichos pensamientos, establecer una conclusión razonada y utilizar esta conclusión para guiar su comportamiento. Otro elemento de la terapia cognitiva es la solución de problemas. En este procedimiento el paciente identifica un problema específico, elabora diferentes estrategias para afrontarlo, considera la eficacia y la factibilidad probables de cada estrategia dirigida hacia la solución del problema, selecciona la mejor de estas estrategias, define los pasos para llevarla a cabo, aplica la estrategia elegida y –finalmente– evalúa todo el proceso de solución del problema considerando el resultado obtenido. Otro elemento esencial en la terapia cognitiva es el seguimiento del proceso. Para ello, el paciente debe mantener un registro diario del consumo de alimentos, incluyendo el tipo de alimentos que toma, el momento en el que los toma y el ambiente en el que tiene lugar su consumo. El seguimiento debe incluir también un registro diario de los comportamientos de tipo compulsivo o purgativo, del ejercicio físico, del estado de ánimo y de las dificultades interpersonales (25).

La farmacoterapia de la anorexia nerviosa es limitada. La ciproheptadina facilita el aumento del peso corporal en la anorexia nerviosa de tipo restrictivo y ejerce además un efecto antidepressivo. La clorpromacina y la olanzapina pueden reducir el comportamiento gravemente obsesivo, compulsivo y agitado; un efecto colateral de estos fármacos es el aumento del peso corporal. La fluoxetina puede reducir la recidiva de la pérdida de peso y los comportamientos asociados al trastorno de la conducta alimentaria en los pacientes que ya han recuperado peso.

Se han publicado sólo unos pocos ensayos clínicos controlados y aleatorizados sobre la farmacoterapia de la anorexia nerviosa. En ellos se ha demostrado que la fluoxetina a una dosis de 60 mg/día no añade ningún efecto beneficioso al tratamiento de hospitalización en los pacientes con anorexia nerviosa cuyo peso es inferior al normal. En otro estudio efectuado sobre 35 pacien-

tes con anorexia nerviosa que habían recuperado parcialmente el peso corporal se obtuvo alguna indicación de que la administración de fluoxetina durante la fase de mantenimiento del peso puede disminuir la tasa de recidiva (26). En un tercer estudio, en el que se compararon tres medicamentos –clomipramina, fluoxetina y amisulprida– en enfermos hospitalizados, se demostró que la amisulprida dio lugar al mejor resultado sobre el aumento del peso corporal (27).

Los resultados preliminares obtenidos recientemente en estudios acerca de la farmacoterapia en la anorexia nerviosa permiten concluir que los medicamentos antipsicóticos, como olanzapina y quetiapina, pueden ser útiles durante la fase de recuperación del peso corporal. El citalopram puede reducir la depresión y la ansiedad durante esta fase de recuperación del peso. La fluoxetina no es útil en la fase de recuperación del peso, pero puede disminuir la tasa de recidiva en los pacientes con anorexia nerviosa. Los suplementos nutritivos de L-triptofano no han incrementado la eficacia de la fluoxetina (28).

Hay muchos problemas con estos estudios efectuados sobre el tratamiento de la anorexia nerviosa. En primer lugar, son pocos los ensayos clínicos aleatorizados y controlados. En segundo lugar, los pacientes no están motivados para el tratamiento, lo que se demuestra por el hecho de que no desean participar en los ensayos clínicos y por la constatación de que las tasas de abandono de los estudios son elevadas. En tercer lugar, la aparición de complicaciones de tipo médico obliga a menudo a interrumpir la participación de los pacientes. En cuarto y último lugar, los tamaños de las muestras evaluadas en los estudios han sido muy pequeños.

Tratamiento de la bulimia nerviosa

El tratamiento de la bulimia nerviosa incluye diversos elementos importantes. La terapia cognitivo-conductual, que se puede llevar a cabo de manera individual o grupal, posee un componente psicoeducativo y requiere el autoseguimiento. Otras técnicas son la reestructuración cognitiva, la solución de problemas y el análisis de coste y beneficio. En el tratamiento de la bulimia nerviosa, la terapia conductual se suele llevar a cabo junto con la terapia cognitiva. En esta forma de tratamiento, es habitual la restricción de situaciones de exposición, así como el desarrollo de comportamientos alternativos con técnicas de prevención de respuestas para dejar de vomitar. La terapia interpersonal se centra en las relaciones interpersonales y aborda todos los problemas de este tipo. La farmacoterapia ha dado buenos resultados con los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), que reducen el comportamiento compulsivo/purgativo y que muestran perfil bajo de efectos adversos. Los antidepresivos tricíclicos también reducen el comportamiento de tipo compulsivo/purgativo, pero causan efectos adversos más importantes.

A diferencia de lo que ha ocurrido respecto a la anorexia nerviosa, durante los 15 últimos años han proliferado los estudios relativos a la bulimia nerviosa. Se han efectuado estudios con control para evaluar métodos terapéuticos específicos, como la terapia conductual, la terapia cognitiva, la terapia psicodinámica y la terapia psicoeducativa, tanto individual como grupal. También se han realizado múltiples estudios con control sobre farmacoterapia. A menudo, se aplican simultáneamente diversas técnicas de terapia de manera individual o grupal. En el momento presente, no es posible determinar cuáles son los pacientes bulímicos que responderán al tratamiento, ni a qué forma de tratamiento.

La terapia cognitivo-conductual es el tratamiento de elección inicial frente a la bulimia nerviosa. Ha sido el tratamiento más eficaz en 35 estudios realizados con control, en los que se demostró que un 40-50 % de los pacientes había abandonado el comportamiento compulsivo y purgativo al final del tratamiento (16-20 semanas). La reducción del comportamiento compulsivo y purga-

tivo tuvo lugar en el 70-95 % de los pacientes. El 30 % de los pacientes que no habían presentado mejoría tras el tratamiento evolucionó favorablemente hasta la recuperación completa 1 año después del tratamiento (29).

Hay algunas pruebas de que los programas terapéuticos que incluyen medidas de control y orientación alimentaria son más eficaces que los que no contemplan estas medidas. La rehabilitación nutricional en la bulimia nerviosa incluye el establecimiento de modelos de comidas regulares, evitando los atracones. También son importantes el incremento del consumo calórico y la ampliación de la selección de macronutrientes en las comidas. De esta manera, es posible corregir las deficiencias nutricionales que puede presentar el paciente.

Otra forma de psicoterapia que ha demostrado un cierto efecto en el tratamiento de la bulimia nerviosa es la terapia interpersonal. En ensayos clínicos con seguimiento a corto plazo, la psicoterapia psicodinámica no ha sido tan eficaz como la terapia cognitivo-conductual. La terapia conductual con prevención de la exposición y la respuesta no ha dado mejores resultados que la terapia cognitivo-conductual. En un metaanálisis sobre 40 estudios relativos al tratamiento mediante psicoterapia de grupo se señaló una eficacia moderada. Se observó una mayor eficacia en los grupos que incluyeron medidas de orientación alimentaria, así como en los grupos con un número mayor de visitas durante el tratamiento. Muchos clínicos prefieren la combinación de la terapia individual y la terapia de grupo para el tratamiento de la bulimia nerviosa (30).

No se han efectuado ensayos clínicos con asignación aleatoria y control acerca del efecto de la terapia familiar en el tratamiento de la bulimia nerviosa: este tratamiento se puede considerar en los pacientes adolescentes. Los manuales de autoayuda y de autoayuda guiada aplican técnicas cognitivo-conductuales: se han efectuado estudios de carácter limitado, con resultados variables; son necesarios un desarrollo más detallado de estos manuales de autoayuda y la realización de estudios de mayor envergadura. La terapia dialéctica conductual se centra en el aprendizaje de habilidades para la regulación emocional: en un estudio se observó una mejoría significativa, en comparación con los resultados obtenidos en el grupo de control de la lista de espera (31).

Como resumen de la farmacoterapia en la bulimia nerviosa, la conclusión es que cualquier antidepresivo es mejor que el placebo para reducir el comportamiento de ingestión compulsiva de comida. Se han realizado más de una docena de ensayos clínicos con controles doble ciego y placebo acerca del efecto de los antidepresivos administrados en dosis similares a las que se utilizan en el tratamiento de la depresión. Estos medicamentos mejoran el estado de ánimo y la preocupación por la configuración y el peso corporales en aproximadamente el 20 % de los pacientes. Sin embargo, sólo se consiguió una abstinencia completa respecto al comportamiento compulsivo y purgativo en el 20-30 % de los pacientes. Algunos de los medicamentos que han sido eficaces para reducir la frecuencia de los atracones de comida no se deben utilizar en el tratamiento de la bulimia debido a sus efectos adversos. La anfebutamona se ha asociado a la aparición de convulsiones en pacientes con bulimia. La trazodona ha dado lugar a delirio en unos pocos pacientes bulímicos. Los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) pueden causar crisis hipertensivas si los pacientes bulímicos no siguen estrictamente la dieta necesaria para evitarlas (32).

El fármaco de primera elección es fluoxetina a una dosis de 60 mg/día, debido a sus efectos terapéuticos y a su perfil favorable de efectos adversos. Si no se obtienen buenos resultados en el primer intento terapéutico, hay pruebas de que podría ser eficaz algún otro antidepresivo. Para que tenga buenos resultados, la duración mínima del tratamiento debe ser de 6 meses. Antes de iniciar este tratamiento es necesario efectuar una evaluación analítica básica que incluya hemograma completo, concentraciones séricas

de electrolitos, pruebas de función hepática, cociente nitrógeno ureico sanguíneo/creatinina, pruebas de función tiroidea y electrocardiograma.

El ondansetrón es un antagonista del receptor de serotonina (5HT₃) que reduce la actividad vagal aferente y que ha demostrado inducir una disminución ligera del comportamiento compulsivo/purgativo en los pacientes con bulimia. No obstante, este fármaco se acompaña de efectos adversos importantes, como estreñimiento, cefaleas y dolor abdominal. El topiramato ha demostrado ser eficaz para disminuir el comportamiento compulsivo/purgativo en un ensayo clínico realizado con controles doble ciego y placebo sobre pacientes con bulimia nerviosa: este medicamento se debe iniciar a una dosis muy baja (25 mg/día), que se incrementa gradualmente hasta alcanzar la cifra máxima de 400 mg/día. El incremento lento de la dosis es útil para prevenir los efectos adversos de fatiga, parestesias, dificultades de concentración y síntomas de tipo catarral. El antagonista opioide naltrexona administrado a una dosis de 200-300 mg/día ha dado lugar a una reducción del comportamiento compulsivo/purgativo. Sin embargo, se han observado casos de toxicidad hepática con esta dosis (33).

En tres estudios efectuados con asignación aleatoria y control para la comparación de la terapia cognitivo-conductual y la farmacoterapia se ha demostrado que la combinación de ambos abordajes es superior al uso de la medicación como tratamiento único. En uno de los estudios se demostró que la combinación era superior a la terapia cognitivo-conductual aplicada de forma aislada, mientras que en los otros dos estudios no se observó este efecto (34).

En conclusión, el tratamiento de la bulimia nerviosa se puede resumir señalando que los comportamientos compulsivo y purgativo, así como las actitudes básicas del trastorno de la conducta alimentaria, responden mejor a la terapia cognitivo-conductual. Se ha observado una mejoría más intensa del estado de ánimo y de la ansiedad al añadir tratamiento antidepresivo.

Tratamiento del trastorno por atracón

El trastorno por atracón se incluye todavía en la categoría de trastornos de la conducta alimentaria no especificados. Este cuadro se diferencia de la bulimia nerviosa debido a que no cursa con comportamientos de carácter compensador para contrarrestar el elevado consumo calórico y el aumento del peso corporal secundarios a los episodios de atracones de comida. Estos pacientes no muestran un comportamiento purgativo ni tampoco hacen ejercicio físico o siguen planes de dieta. En los ensayos clínicos terapéuticos aleatorizados y controlados se han aplicado las mismas técnicas que en los pacientes con bulimia nerviosa. Los pacientes con trastorno por atracón han respondido bien a la terapia cognitivo-conductual y a los antidepresivos que han demostrado eficacia en el tratamiento de la bulimia nerviosa (35).

A continuación, se ofrece un resumen de la investigación efectuada sobre la psicoterapia en el tratamiento del trastorno por atracón. La terapia cognitivo-conductual y la terapia interpersonal inducen modificaciones considerables y duraderas en los síntomas específicos y generales del trastorno por atracón. La interrupción de los atracones se acompaña de una pérdida de peso corporal y del mantenimiento del peso durante un período de tiempo superior a 1 año.

En ensayos clínicos realizados con controles doble ciego y placebo sobre el efecto de los antidepresivos se ha demostrado que la desipramina, la fluvoxamina, la fluoxetina, la sertralina y el citalopram reducen el comportamiento de atracones y se acompañan de una pérdida de peso corporal cuando se utilizan en el tratamiento del trastorno por atracón. Otros fármacos que han demostrado ser superiores al placebo en el trastorno por atracón

son fenitoína y topiramato. También se han obtenido resultados positivos en un estudio efectuado con diseño abierto y administración de zonisamida. El tratamiento farmacológico debe ser considerado una opción terapéutica en todos los pacientes con trastorno por atracón, no solamente en los que sufren simultáneamente trastornos del estado de ánimo. Este tratamiento se debe considerar especialmente en los pacientes que no responden al tratamiento psicológico. En concreto, se deben efectuar intentos terapéuticos con topiramato (un ISRS), sibutramina, venlafaxina, anfebutamona (en pacientes sin comportamiento purgativo ni antecedentes de bulimia nerviosa o anorexia nerviosa) y zonisamida. Es necesario estar preparado para realizar un mínimo de tres intentos de tratamiento para conseguir una respuesta óptima. La medicación se debe seleccionar según la comorbilidad del paciente y según sus predisposiciones con respecto al perfil de efectos adversos. Las dosis deben ser similares a las utilizadas en las indicaciones terapéuticas aprobadas. La duración del tratamiento debe ser similar a la que tiene lugar en los pacientes con bulimia nerviosa o con trastorno depresivo mayor: por ejemplo, 6-12 meses de mejoría sostenida antes de interrumpir la administración del fármaco. En algunos casos, el tratamiento se debe continuar de manera indefinida (36).

CONCLUSIONES

En conclusión, el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria se fundamenta en un abordaje terapéutico multimodal. Los pacientes deben ser tratados por un equipo multidisciplinario en el que participen un psiquiatra dedicado a la farmacoterapia y a la psicoterapia; un especialista en nutrición dedicado a la orientación y a la formación nutricionales, así como a la planificación de las comidas; un internista o un pediatra dedicado a los aspectos médicos, y un especialista en terapia familiar dedicado a los niños menores de 18 años de edad.

En el tratamiento de la anorexia nerviosa, los elementos fundamentales son el abordaje médico, la terapia conductual, la terapia cognitiva y la terapia familiar, mientras que la farmacoterapia se considera un complemento de las demás terapias. En la bulimia nerviosa, el tratamiento de elección es la terapia cognitivo-conductual, aunque se consigue una mejoría mayor del estado de ánimo y de la ansiedad cuando se añade tratamiento antidepresivo. En el trastorno por atracón la terapia cognitivo-conductual y la terapia interpersonal inducen cambios considerables y duraderos, mientras que la farmacoterapia desempeña a menudo un papel útil.

World Psychiatry 2005; 3: 69-73

Bibliografía

1. Lilenfeld LR, Kaye WH, Greeno CG et al. A controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: psychiatric disorders in first degree relatives and effects of proband comorbidity. *Arch Gen Psychiatry* 1998;55:603-10.
2. Crisp AH. The possible significance of some behavioral correlates of weight and carbohydrate intake. *J Psychosom Res* 1976;11:117-23.
3. Grice DE, Halmi KA, Fichter M et al. Evidence for a susceptibility gene for anorexia nervosa on chromosome 1. *Am J Hum Genet* 2002;70:787-92.
4. Bulik CM, Devlin B, Vacanu S et al. Significant linkage on chromosome 10p in families with bulimia nervosa. *Am J Hum Genet* 2003;72:200-7.
5. Kaye WH. Persistent alterations in behavior and serotonin activity after recovery from anorexia and bulimia nervosa. *Ann NY Acad Sci* 1997;817:162-78.

6. Kaye WH, Frank GK, McConah AC. Altered dopamine activity after recovery from restricting-type anorexia nervosa. *Neuropsychopharmacology* 1999;21:503-6.
7. Kaye WH, Strober M. Neurobiology of eating disorders. In: Charney DE, Nestler EJ, Bunney BS (eds). *Neurobiological foundation of mental illness*. New York: Oxford University Press, 1999:891-906.
8. Monteleone P, Di Lieto A, Castaldo E et al. Leptin functioning in eating disorders. *CNS Spectrums* 2004;9:523-9.
9. Jimerson DC, Wolfe BE. Neuropeptides in eating disorders. *CNS Spectrums* 2004;9:516-22.
10. Strober M. Personality and symptomatological features in young, nonchronic anorexia nervosa patients. *J Psychosom Res* 1980;24:353-9.
11. Fassino S, Daga G, Amianto F et al. Temperament and character profile of eating disorders: a controlled study with the Temperament and Character Inventory. *Int J Eat Disord* 2002;33:412-25.
12. Wade TD, Bulik CM, Neale M et al. Anorexia nervosa and major depression: shared genetic and environmental risk factors. *Am J Psychiatry* 2000;157:469-71.
13. DiNicola FA. Anorexia multiforme: self starvation in historical and cultural context. Part 1: self starvation as a historical chameleon. *Transcult Psychiatry Res Rev* 1990;27:165-96.
14. Pate JD, Pumariea AG, Hester C et al. Cross-cultural patterns in eating disorders: a review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992;31:802-9.
15. Gard MC, Freeman CP. The dismantling of a myth: a review of eating disorders and social economic status. *Int J Eat Disord* 1996;20:1-12.
16. American Psychiatric Association. Practice guidelines for the treatment of patients with eating disorders, 2nd ed. Washington: American Psychiatric Association, 2000.
17. Hay PJ, Bacaltchuk J, Stefano S. Psychotherapy for bulimia nervosa and bingeing. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 3, 2004.
18. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists. Australian and New Zealand clinical practice guidelines for the treatment of anorexia nervosa. *Aust N Zeal J Psychiatry* 2004;38:659-70.
19. National Institute of Clinical Excellence. Eating disorders. Clinical Guideline 9, 2004.
20. Halmi KA. Eating disorders: anorexia nervosa, bulimia nervosa and obesity. In: Hales RE, Yudofsky S (eds). *Textbook of clinical psychiatry*. Washington: American Psychiatric Publishing, 2003: 1001-21.
21. Halmi KA, Agras WS, Crow S et al. Predictors of treatment acceptance and completion in anorexia nervosa: implication for future study designs. *Arch Gen Psychiatry* (in press).
22. Pike KM, Walsh BT, Vitousek K et al. Cognitive behavior therapy in the post hospitalization treatment of anorexia nervosa. *Am J Psychiatry* 2003;160:2046-9.
23. Eisler I, Dare C, Hodes M et al. Family therapy for adolescent anorexia nervosa: the result of a controlled comparison of two family interventions. *J Child Psychol Psychiatry* 2000;41:727-36.
24. Lock J, Agras WS, Bryson S et al. Comparison of short versus long term family treatment for adolescent anorexia nervosa. Presented at the Eating Disorder Research Society Annual Meeting, Amsterdam, October 2004.
25. Kleifield EI, Wagner S, Halmi KA. Cognitive-behavioral treatment of anorexia nervosa. *Psychiatr Clin North Am* 1996;19:715-34.
26. Kaye WH, Nagata T, Weltzin TE. Double-blind placebo-controlled administration of fluoxetine in restricting and restricting-purging type anorexia nervosa. *Biol Psychiatry* 2001;49:644-52.
27. Ruggiero GM, Laini V, Mauri MC et al. A single-blind comparison of amisulpride, fluoxetine and clomipramine in the treatment of restricting anorectics. *Prog Psychopharmacol Biol Psychiatry* 2001;25:1049-59.
28. Barbarich N, McConaha C, Halmi KA et al. Use of nutritional supplements to increase the efficacy of fluoxetine in the treatment of anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 2004;35:10-5.
29. Wilson GT, Fairburn CG, Agras WS et al. Cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa: time course and mechanisms of change. *J Consult Clin Psychol* 2002;70:267-74.
30. Wilson GT, Loeb KL, Walsh BT et al. Psychological versus pharmacological treatment of bulimia nervosa: predictors and processes of change. *J Consult Clin Psychol* 1999;67:451-9.
31. Telch CF, Agras WS, Linehan M. Dialectical behavior therapy for binge eating disorder. *J Consult Clin Psychol* 2001;69:1061-5.
32. DeZwaan M, Roerig J. Pharmacological treatment of eating disorders: a review. In: Maj M, Halmi K, Lopez-Ibor JJ et al (eds). *Eating disorders*. Chichester: Wiley, 2003:223-86.
33. McElroy SL, Arnold LM, Shapira N et al. Topiramate in the treatment of binge eating disorder associated with obesity: a randomized, placebo-controlled trial. *Am J Psychiatry* 2003;160:255-61.
34. Walsh BT, Wilson GT, Loeb KL et al. Medication and psychotherapy in the treatment of bulimia nervosa. *Am J Psychiatry* 1997;154:523-31.
35. Agras WS, Telch CF, Arnow B et al. One year follow-up of cognitive-behavior therapy for obese individuals with binge eating disorder. *J Consult Clin Psychol* 1997;65:343-7.
36. Fichter MM, Uqadfileg N, Gnutzmann A. Binge eating disorder: treatment outcome over a 6-year course. *J Psychosom Res* 1998;44:385-405.

Constructivismo y psicoterapia

MICHAEL J. MAHONEY¹, DONALD K. GRANVOLD²

¹Holistic Counseling Program, Salve Regina University, Newport, EE.UU.

²School of Social Work, University of Texas at Arlington, Arlington, EE.UU.

El constructivismo es una perspectiva metateórica que incorpora diversas tradiciones de la medicina, la filosofía, la psicología y la experiencia espiritual. La psicoterapia constructivista hace hincapié en los complejos ciclos del ordenamiento natural y de los procesos de reorganización que caracterizan el desarrollo de todos los sistemas vivos. En esta forma de terapia se ayuda al individuo a que se contemple a sí mismo como un participante activo de su propia vida. En los ricos contextos de las relaciones humanas y los sistemas simbólicos, las personas construyen nuevos significados a medida que maduran. Las técnicas pertenecientes a muchas tradiciones distintas pueden ayudar a las personas a encontrar y refinar su sentido de equilibrio a medida que maduran.

Palabras clave: constructivismo, sistemas, desarrollo, psicoterapia

La cuestión que se plantea es la siguiente: «¿qué es nuevo o diferente en el constructivismo? Esta pregunta incluye una presunción. Preguntar por la manera en la que el constructivismo difiere de otros enfoques vitales es presumir que dicha diferencia es importante. Éste es uno de los principios de ordenamiento contemplados por el constructivismo. Tendemos a pensar en categorías, tales como similitud y diferencia. El constructivismo no es un nuevo árbol en el bosque: es una forma de vislumbrar la conexión que existe entre todos los árboles, junto con sus complejos soportes en red. Más que una nueva teoría o un nuevo modelo, el constructivismo es una perspectiva de la psicología personal, la actividad social y el cambio del ser humano. Es tanto antiguo como nuevo. La unicidad y la diversidad se integran en las tradiciones del holismo y de la esperanza. Se plantean diálogos que sugieren que está teniendo lugar un salto hacia adelante en nuestra consideración de lo que significa ser persona. El énfasis se establece en la conexión más que en la separación. La diferenciación es una parte necesaria y natural del desarrollo, pero se puede estancar en procesos de separación y aislacionismo. En ocasiones, la integración puede simplificar o reducir la atención que prestamos a las diferencias importantes. El constructivismo se está convirtiendo en una metaperspectiva que reconoce de forma recursiva sus necesarias limitaciones, al tiempo que incorpora la esperanza de un desarrollo o maduración continuados. Se reconoce la importancia del cerebro, del cuerpo, de las emociones y de la actividad social. Y el espíritu, con su maravilloso espectro de significados, penetra todos estos ámbitos.

El constructivismo pone énfasis en la estructura dinámica de la experiencia humana. El verbo «construir» significa organizar o crear un orden. El término «estructura» tiene connotaciones de fenómeno estático. La vida y la conciencia humana son cualquier cosa excepto estáticas. Por lo tanto, uno de los aspectos fundamentales del constructivismo es el proceso. La estabilidad psicológica se contempla en el contexto del proceso, no en oposición al proceso. Consideremos la aparente estabilidad del cuerpo. El cuerpo humano se recompone a sí mismo cada 7 años. A medida que el cuerpo humano se descompone y regenera, tiene lugar una renovación psicológica paralela a través del sincronismo de la continuidad y el cambio.

El constructivismo es una filosofía de la participación, en la que se alienta a las personas y a los grupos a ser activos en su propio desarrollo. La psicoterapia constructivista incluye diversas técnicas. Sin embargo, no está definida por técnicas específicas, sino por la individualización y el ritmo de desarrollo de las diferentes técnicas. Un aspecto aún más importante es el hecho de que el enfoque constructivista de la psicoterapia fomenta la importancia de las relaciones humanas para el bienestar y el desarrollo. El terapeuta constructivista colabora con la persona en la búsqueda de los mecanismos específicos que hacen que ésta no

sólo reaccione a los hechos que ocurren, sino que inicie activamente un cambio en anticipación a los futuros desarrollos, un cambio anticipador o previsor (*proactive*) Por lo tanto, el objetivo de la terapia es este cambio anticipador interpersonal que tiene lugar en el curso del desarrollo del ser persona. La alianza terapéutica de colaboración es un contrato igualitario (no autoritario) que distribuye las responsabilidades respecto al cambio. Aunque la persona es el agente principal del cambio, el terapeuta ofrece su experiencia clínica y su interés humano «básico» para que tenga lugar el proceso del cambio. Las personas no son contempladas como objetos, sino como agentes. La psicoterapia no es algo que se hace *para ellas* sino que es hecha *por ellas*.

FUNDAMENTOS DEL CONSTRUCTIVISMO

El constructivismo se expresa en una amplia gama de perspectivas de la experiencia humana. Los aspectos del constructivismo se pueden encontrar en la filosofía oriental (Lao Tse y Buda), en la filosofía occidental (Heráclito, Kant, Vico, Schopenhauer y Vaihinger) y en el trabajo de una gran cantidad de psicólogos pioneros y contemporáneos (Aer, Bandura, Bruner, Bugental, Frankl, Gergen, Goolishian, Kelly, Piaget y Watzlawick). A partir de la diversidad de los trabajos realizados por todos ellos, se pueden definir cinco aspectos básicos que constituyen el fundamento del constructivismo. Estos aspectos básicos son: a) la función de agente activo, b) el orden, c) el yo, d) la relación social-simbólica y e) el desarrollo a lo largo de la vida. A continuación, se exponen brevemente las características principales de estos aspectos básicos.

El constructivismo es una metaperspectiva a partir de la cual:

- La experiencia humana implica una función de *agente activo*.
- Gran parte de la actividad humana se dedica a los *procesos de ordenamiento* o modelado organizativo de la experiencia. Los procesos de ordenamiento son fundamentalmente emocionales, tácitos y categóricos (dependen de los contrastes), y constituyen la esencia del establecimiento de significados.
- La organización de la actividad personal es fundamentalmente autorreferida o recursiva, lo que hace que el cuerpo se convierta en el punto de apoyo de la experimentación, facilitando el establecimiento de un profundo sentido fenomenológico del *yo* o de la *identidad personal*.
- Las capacidades autoorganizativas y las creaciones de los significados están fuertemente influidas por los *procesos socio-simbólicos*; las personas viven y existen en el seno de redes vitales de relaciones, todas mediadas por el lenguaje y por los sistemas simbólicos.

Cada vida humana refleja los principios del *desarrollo dinámico dialéctico*; los complejos flujos existentes entre las tensiones básicas (contrastes) quedan reflejados en patrones y ciclos de experimentación que pueden dar lugar a episodios de trastorno (desorganización) y, bajo ciertas circunstancias, a episodios de reorganización (transformación) de los patrones básicos de la actividad, incluyendo la creación de significados y las relaciones con uno mismo y con los demás.

Actividad

Al igual que la filosofía existencialista, el constructivismo sostiene que el ser humano es un participante activo de su propia vida. Las personas toman decisiones que dan lugar a consecuencias importantes en sus vidas y en las vidas de todas las personas con las que están relacionadas. El ser humano es a menudo reactivo, por supuesto. El constructivismo no niega la capacidad de la persona para el reflejo irreflexivo y el condicionamiento. Sin embargo, el estímulo para sobrevivir también es fundamentalmente anticipador o previsor (*proactive*). Hacemos previsiones. Participamos en la vida. Nos echamos hacia adelante y, al igual que le ocurre al paracaidista en caída libre, la postura que adoptamos en este proceso influye en la forma y la dirección de la caída. Nos movemos entre fuerzas mucho más poderosas que nosotros mismos, pero tenemos voz y capacidad de decisión entre distintas opciones. Hay factores que escapan a nuestro control, pero podemos aprender a conocerlos mejor, a darles un significado adecuado a las circunstancias y a tomar medidas que favorezcan nuestro movimiento. Además, aparte de todos estos factores algo ambiciosos y audaces, también podemos aprender el arte sagrado de la quietud y la aceptación, en la danza interminable del esfuerzo y la rendición.

El punto central de este primer aspecto básico es el hecho de que el ser humano no es un simple peón pasivo de su vida. Somos agentes que actúan en el mundo y sobre el mundo. De ahí, el énfasis en la propia eficacia (1, 2) y el conocimiento (3, 4). En el constructivismo, el individuo es considerado un agente activo en el proceso de la experimentación.

Orden

El segundo aspecto básico del constructivismo reconoce el hecho de que todos necesitamos orden. Organizamos nuestros mundos y respondemos al orden existente dentro de ellos. Definimos los patrones y creamos los significados (5-7), y todo ello lo hacemos en gran medida de manera prácticamente inconsciente. Somos criaturas de hábitos, y nos podríamos preguntar si realmente somos nosotros los que tenemos los hábitos o son los hábitos los que nos tienen a nosotros. Casi con la misma rapidez con la que aprendemos una habilidad nueva perdemos interés por ella. Por decirlo de alguna manera, el proceso tiene lugar de forma «subterránea» y penetra en la estructura de nuestros patrones de vida. Este proceso de automatismo no sólo se aplica a nuestras actividades físicas, sino también a nuestros patrones de razonamiento y de sentimientos. Aunque podemos anhelar el cambio, la constancia y la integridad tienen una gran inercia. Ésta es la razón por la que la mayor parte de los cambios importantes que tienen lugar en nuestras vidas pueden requerir la ruptura y la reconstrucción de todas las estructuras de nuestras vidas.

El razonamiento humano es tanto anticipador como generativo. Somos autoorganizativos y activos al determinar nuestra propia evolución. Maturana y Varela (8) acuñaron el término de *autopoiesis* para representar esta capacidad autoorganizativa del ser humano. El significado es algo más que el simple procesamiento de información de origen sensorial. El ordenamiento de la expe-

riencia y de la historia personal de uno mismo es algo fuertemente idiosincrásico y dinámico. A consecuencia de ello, los significados se pueden estabilizar o pueden cambiar con el transcurso del tiempo. La mayor parte de estos procesos de estabilización y cambio tiene lugar fuera de los límites de nuestra conciencia, de un modo tácito (9).

Los constructivistas sostienen que «los sistemas humanos individuales se organizan a sí mismos para protegerse y perpetuar su integridad, y se desarrollan a través de diferenciaciones estructurales» (10). Este patrón de ordenamiento toma lo propio como punto de referencia para darle significado a la experiencia vital y para potenciar la supervivencia (9). El cambio psicológico queda en el dominio del yo, si bien éste es un yo social. El yo se aborda en el apartado siguiente.

Nuestras emociones actúan como poderosas fuerzas biológicas en nuestra autoorganización. Las emociones desempeñan un papel fundamental: dirigen nuestra atención, configuran nuestras percepciones, organizan nuestra memoria y motivan nuestra implicación activa con el aprendizaje que nos exige la vida de manera incesante. Sentimos lo nuestro. El constructivismo contempla las emociones como un aspecto clave de la experimentación humana (11). Sentir no es algo malo, peligroso o patológico. Por el contrario, no sentir o luchar contra lo que sentimos sí es realmente una amenaza importante para nuestra salud y nuestro bienestar. Las relaciones que tenemos con nuestros propios sentimientos son al menos tan importantes como los sentimientos en sí mismos. Este aspecto tiene implicaciones importantes para nuestra consideración de lo que significa ser persona y de cómo podemos aprovechar la psicoterapia constructivista (12, 13).

El yo

Organizamos nuestros mundos después de organizarnos primero a nosotros mismos (14).

La autorregulación biológica se inicia a partir de experiencias corporales. En las fases iniciales de la vida luchamos para separarnos de nuestros cuidadores, para construirlnos una identidad individual coherente y diferenciada. El cuerpo y sus límites se convierten en un eje para la organización de la experiencia. Tal como ocurre con las relaciones que tenemos con nuestras emociones, la relación que mantenemos con nuestros cuerpos puede ser complicada y dolorosa. En un plano más abstracto, la relación de la persona consigo misma tiene una gran complejidad. En cierto sentido, toda psicoterapia es psicoterapia del yo (9), es decir, un acto de ayuda para la autoorganización.

El constructivismo subraya la peculiaridad de cada vida autoorganizada. Los términos utilizados hacen hincapié en el ser individual (Adler), en la autoconstrucción recursiva (Maturana, Varela) y en la naturaleza personal del orden creado (15). Se reconoce la perspectiva específica del agente de experimentación. Además, lo que experimenta cada individuo está relacionado de manera integral con la forma en la que ha aprendido a crear un eje de referencia de ordenamiento, es decir, un centro metafórico. El «quién» que está experimentando es uno de los fenómenos más esquivos de la conciencia. El yo es un proceso, no una entidad. Además, el yo no es algo separado o aislado. Dicho de otra manera, el yo es una coherencia fluida de la perspectiva a partir de la cual la persona tiene experiencias. Sin embargo, el sentido del yo se inicia y se modifica principalmente a través de la relación con los demás.

El ser humano desarrolla a lo largo del tiempo grupos cada vez más complejos de autoconceptos. El «yo» activado de cada uno es el yo que «refleja los vínculos significativos que existen entre las demandas de la situación y los autoconceptos relacionados con la información recibida» (16). Por tanto, el sentido «activo» del yo está influido socialmente y nunca llega a ser una representación completa de uno mismo. Uno de los objetivos del cons-

tructivismo es la expansión autodirigida de las conceptualizaciones, de manera que faciliten el bienestar.

Relaciones socio-simbólicas

Una gran parte del orden que buscamos y del significado que creamos emerge a través de nuestras experiencias con otras personas. Nacemos en un contexto de relación y vivimos y aprendemos fundamentalmente en este mismo contexto (1). Nuestros lenguajes carecen de las palabras adecuadas para expresar nuestra dependencia de lo social y lo simbólico. A través de la psicología y la filosofía se crean gestos para capturar la percepción esquivada de la «alteridad», la «intersubjetividad» y el «interser». Una analogía simplificada sería la del pez que intenta describir el agua. Platón habló de ello en su alegoría de la caverna. Las palabras que usted está leyendo ahora son algo más que símbolos en una hoja de papel. Lo que evocan en su experiencia depende de una extensa trama de relaciones (17-19). Algunas palabras y conceptos son más familiares que otros. Los menos familiares nos pueden proporcionar una pausa ocasional, y podemos interpretarlos de manera inconsciente y en términos de lo que nos es más familiar. Lo que es familiar y confortable depende de nuestra historia personal, del vocabulario y los conceptos que nos son más próximos. A su vez, todo ello refleja nuestras importantes conexiones con las personas y las ideas (pasadas y presentes).

La organización activa del yo tiene lugar «en» un cuerpo, pero también tiene lugar simultáneamente «con» los vínculos sociales y los sistemas de símbolos y «a través» de ellos. Los seres humanos somos fundamentalmente criaturas sociales, y no tiene ningún significado separar nuestra tendencia social de nuestra capacidad simbólica. Podemos hablar de lo que vivimos «en» nuestras cabezas debido a que dedicamos mucho tiempo a pensar, pero la forma y la estructura de nuestro pensamiento es en sí misma relacional. Una de nuestras formas favoritas de organizar nuestra propia experiencia y nuestras relaciones con los demás es a través de historias (3, 4). En otras palabras, una gran parte de nuestra capacidad de creación de significados se experimenta y expresa de manera narrativa (como una historia). Nuestras historias somos nosotros mismos.

Desarrollo a lo largo de la vida

El constructivismo subraya los procesos del desarrollo (14). La historia de los vínculos y el desarrollo psicosocial individual configuran el conocimiento propio, que incluye los autoesquemas, las reglas de carácter abstracto y las expectativas de interacción interpersonal y con el entorno (20). La dinámica de nuestro desarrollo a lo largo de toda la vida se caracteriza por ciclos y espirales de experimentación. En ocasiones, nos desarrollamos mediante «pasitos de bebé» constituidos por cambios graduales. A veces, la vida demanda un gran salto hacia adelante. Los cambios en nuestro exterior y nuestro interior pueden aparecer de manera súbita. Cuando estos cambios son importantes, podemos sufrir una revolución personal, caracterizada por la pérdida omnipresente de los significados, el orden vital, el control, la identidad y la esperanza. A la vista de los retos abrumadores a los que debemos hacer frente, es frecuente adoptar dos actitudes aparentemente opuestas: rigidez y desorganización. Nos resistimos al reto del cambio. Sin embargo, al mismo tiempo mostramos signos de variabilidad si el reto persiste o se incrementa. Nuestros patrones habituales de orden comienzan a desintegrarse. Esta secuencia es especialmente evidente en los ciclos de energía, estado del ánimo, sueño, atención, apetito y digestión. Nuestra vida «normal» anterior –al igual que la «ciencia normal» de Kuhn (21-23)– comienza a desviarse respecto a nues-

tras propias normas. Esta variabilidad y desorganización (literalmente, un «desorden»¹) constituyen la expresión natural de una vida que está intentando reorganizarse a sí misma. El cambio de un orden anterior a un orden nuevo no suele ser sencillo ni placentero. No obstante, se puede intentar que sea «natural», y en esta tarea nos puede ayudar un terapeuta que conozca la dinámica madurativa de los sistemas de autoorganización.

El enfoque constructivista de la psicoterapia no rechaza las luchas de la vida ni el dolor que acompaña la pérdida del significado o del equilibrio. Tampoco ofrece soluciones rápidas y sencillas a las tragedias y las penalidades a las que obliga la vida. Lo que ofrece la terapia constructivista es compasión y esperanza respecto al conocimiento y a la confianza en la poderosa capacidad de los procesos vitales para organizarse a sí mismos.

¹ *N. del T.*: el autor hace un juego de palabras (intraducible al español) con el vocablo inglés *disorder*, que significa tanto «trastorno» (enfermedad) como «desorden».

CONCLUSIONES

Los aspectos básicos señalados son evidentes en las conceptualizaciones de los constructivistas respecto a lo que significa ser persona y a la manera en la que las personas cambian con la psicoterapia. De estos aspectos básicos derivan los objetivos terapéuticos, la formación y el mantenimiento de la relación terapéutica, las técnicas para inducir los cambios y las formas de aproximación al cambio. El constructivismo está centrado en las posibilidades, la fortaleza y los recursos personales, la resistencia del ser humano y la promesa inherente de un cambio a lo largo de toda la vida (24). Las dificultades y los problemas son considerados componentes necesarios del cambio significativo del ser humano y, desde esta perspectiva, se reconocen y estimulan las emociones y su expresión. La relación terapéutica es una colaboración respetuosa, confiada, segura y activa. La creación de significados que se consigue a través de esta alianza terapéutica permite ampliar las conceptualizaciones del pasado y facilitar una visión prometedora del futuro.

Agradecimientos

En este artículo se recogen algunos de los conceptos contenidos en Mahoney MJ. *Constructive psychotherapy: a practical guide*. New York: Guilford, 2003.

World Psychiatry 2005; 3: 74-77

Bibliografía

1. Bandura A. *Social foundations of thought and action: a social cognitive theory*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1986.
2. Bandura A. *Self-efficacy: the exercise of control*. New York: Freeman, 1997.
3. Bruner J. *Acts of meaning*. Cambridge: Harvard University Press, 1990.
4. Bruner J. *Making stories: law, literature, life*. New York: Farrar, Straus and Giroux, 2002.
5. Frankl VE. *Man's search for meaning: an introduction to logotherapy*. New York: Washington Square Press, 1959.
6. Frankl VE. Logos, paradox, and the search for meaning. In: Mahoney MJ, Freeman A (eds). *Cognition and psychotherapy*. New York: Plenum, 1985:259-75.
7. Frankl VE. *Viktor Frankl recollections: an autobiography*. New York: Plenum, 1997.

8. Maturana HR, Varela FJ. Autopoiesis and cognition. Boston: Reidel, 1980.
9. Guidano VF. Complexity of the self: a developmental approach to psychopathology and therapy. New York: Guilford, 1987.
10. Mahoney MJ, Miller HM, Arciero G. Constructive metatheory and the nature of mental representation. In: Mahoney MJ (ed). Cognitive and constructive psychotherapies: theory, research, and practice. New York: Springer, 1995:103-20.
11. Arciero G, Gaetano P, Maselli P et al. Identity, personality and emotional regulation. In: Freeman A, Mahoney MJ, Devito P et al (eds). Cognition and psychotherapy, 2nd ed. New York: Springer, 2004:7-18.
12. Bugental JFT. The search for authenticity. New York: Irvington, 1981.
13. Bugental JFT. The art of the psychotherapist. New York: Norton, 1987.
14. Piaget J. Psychology and epistemology: towards a theory of knowledge. New York: Viking, 1970.
15. Kelly GA. The psychology of personal constructs. New York: Norton, 1955.
16. Nurius PS, Berlin SB. Treatment of negative self-concept and depression. In: Granvold DK (ed). Cognitive and behavioral treatment: methods and applications. Pacific Grove: Brooks/Cole, 1994:249-71.
17. Gergen KJ. The saturated self. New York: Basic Books, 1991.
18. Gergen KJ. Realities and relationships: soundings in social construction. Cambridge: Harvard University Press, 1994.
19. Gergen KJ. An invitation to social construction. London: Sage, 1999.
20. Granvold DK. Challenging roles of the constructive therapist: expert and agent of social responsibility. Constructivism Hum Sci 1996;1:16-21.
21. Kuhn TS. The structure of scientific revolutions. Chicago: University of Chicago Press, 1962.
22. Kuhn TS. The essential tension. Chicago: University of Chicago Press, 1977.
23. Kuhn TS. The road since structure. Chicago: University of Chicago Press, 2000.
24. Neimeyer RA, Mahoney MJ (eds). Constructivism in the psychotherapy. Washington: American Psychological Springer, 1995.

Los dos ojos bien abiertos: ¿hechos y valores en el diagnóstico psiquiátrico?

KENNETH W.M. FULFORD^{1,2,3}, MATTHEW BROOME^{1,4}, GIOVANNI STANGHELLINI^{1,5}, TIM THORNTON⁶

¹WPA Section on Philosophy and Humanities

²Department of Philosophy, University of Warwick, Coventry, CV4 7AL, RU

³Department of Psychiatry, University of Oxford, RU

⁴Section of Neuroimaging, Division of Psychological Medicine, Institute of Psychiatry, London, RU

⁵Department of Mental Health, University of Florence, Italy

⁶Department of Philosophy, University of Warwick, Coventry, RU

En este artículo, sus autores defienden una propuesta: la psiquiatría debería reconocer, incorporar y afrontar seriamente el papel que desempeñan los valores en el diagnóstico, además de los hechos. En apoyo de su propuesta se ofrece un argumento en tres pasos; se plantean diversas cuestiones clave correspondientes a la perspectiva de las diferentes partes implicadas en la salud mental, y se concluye con una nota sobre la significación que tiene la propuesta de los autores respecto al establecimiento de una relación de mayor igualdad entre los pacientes y los profesionales.

Palabras clave: clasificación, asistencia psiquiátrica centrada en el paciente, práctica psiquiátrica basada en valores, idiográfica, abuso de la psiquiatría

El diagnóstico es considerado habitualmente como un proceso exclusivamente científico, carente de valores. En este artículo se plantea un argumento en tres pasos para demostrar que, con independencia del modelo estándar, el diagnóstico en psiquiatría –aunque no tiene una fundamentación científica menos firme que el diagnóstico en cualquier otra área de la medicina– está también basado en valores. Los tres pasos de la argumentación son los siguientes:

1. La observación inicial de que los trastornos mentales muestran una carga de valores relativa, en comparación con los trastornos orgánicos.

2. La interpretación de la naturaleza de los valores que acompañan a los trastornos mentales como signo de la complejidad de los propios valores, y no de una deficiencia científica.

3. Los recursos de carácter práctico ya disponibles, que apoyan el hecho de que los diagnósticos conllevan valores complejos, así como hechos complejos.

OBSERVACIÓN INICIAL: LOS TRASTORNOS MENTALES MUESTRAN UNA CARGA DE VALORES RELATIVA

La observación en la que está fundamentada esta propuesta es la de que los conceptos diagnósticos psiquiátricos muestran una carga de valores relativa, en comparación con los diagnósticos que se realizan en muchas áreas de la medicina orgánica.

La naturaleza de la carga de valores relativa que poseen los conceptos diagnósticos psiquiátricos se demuestra a través de dos vías principales: los límites flexi-

bles entre el diagnóstico psiquiátrico y los conceptos morales, y el uso persistente y cada vez más frecuente de términos correspondientes a valores en las clasificaciones diagnósticas psiquiátricas.

Los límites flexibles entre el diagnóstico clínico y los conceptos morales en psiquiatría

Se pueden encontrar ejemplos muy demostrativos de la flexibilidad de los límites entre los conceptos diagnósticos psiquiátricos y los conceptos morales en el ámbito de la psiquiatría forense, a través de los planteamientos de defensa de los individuos por situaciones de locura y otras determinaciones de responsabilidad (1). Por un lado, el límite entre «lo malo y lo bueno» –tal como se denominan a menudo estas determinaciones– se basa en conceptos de carácter médico-científico, como los de enfermedad, etiología y determinismo biológico. Por el otro lado, dicho límite se basa en los conceptos morales de culpa, responsabilidad y libre voluntad. Una situación similar se observa con respecto al tratamiento psiquiátrico involuntario (2). En ambas situaciones, la intuición básica es la misma: con respecto a los trastornos mentales, se atraviesan los límites existentes entre los conceptos morales-humanistas y los conceptos médicos-científicos, entre la libertad de acción y la capacidad de elección cotidiana del discurso humano, por un lado, y el determinismo y las leyes causales de la ciencia, por el otro.

Por supuesto, esta cuestión de los límites no es nueva. Algunos autores han sostenido que el modelo médico de enfermedad mental se desarrolló en paralelo

a la revolución industrial (3). Sin embargo, ya en el siglo IV a. de C., la salud mental en «La República», de Platón, incluía aspectos médicos y aspectos morales (4). Tal como ha demostrado el filósofo y psicólogo norteamericano Daniel Robinson (5), la enfermedad mental, desde entonces, ha traspasado reiteradamente los límites entre la medicina y la moral, tanto en la cultura cristiana como en la islámica.

Aunque disponible en principio para cualquier categoría de enfermedad mental, la defensa del individuo basada en la locura se limita en la práctica, principalmente, a las psicosis funcionales, como la esquizofrenia (6, 7). Asimismo, las psicosis funcionales son el objetivo principal de los tratamientos involuntarios (8). Sin embargo, los límites flexibles entre la moral y la medicina no se limitan a las psicosis, y casi cualquier categoría diagnóstica mayor presenta una contrapartida de tipo moral. Por ejemplo, la edición 9.^a de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9) distinguía el síndrome de dependencia alcohólica (categoría médica 303) de la categoría moral de embriaguez, así como las «desviaciones y trastornos sexuales» (categoría médica 302) de la categoría moral de comportamientos sexuales que «[...] tienen por objetivo propósitos aprobados social y biológicamente» (9).

Por supuesto, en las enfermedades orgánicas existe un límite similar entre lo moral y lo médico, de manera que la enfermedad puede ser un descargo de responsabilidad de tipo general (10), tal como ocurre cuando el médico firma un certificado de «baja laboral». No obstante, este límite es mucho más cambiante y problemático en psiquiatría.

El valor de los términos utilizados en el DSM

Aunque reconoce los límites flexibles entre moral y medicina en la psiquiatría anterior y actual, el modelo estándar indica que los avances científicos futuros darán por resultado que los conceptos diagnósticos psiquiátricos carezcan de valores. Esta predicción la hizo, entre otros, el filósofo de la ciencia norteamericano Carl Hempel en la reunión sobre la clasificación de enfermedades patrocinada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), celebrada en Nueva York en 1959, una reunión a partir de la cual se elaboraron las clasificaciones CIE y DSM (*Diagnostic and Statistical Manual*) utilizadas en la actualidad (11). Hempel especificó los requisitos que debía cumplir la clasificación de los trastornos psiquiátricos para ser más científica (12). Señaló que las clasificaciones manejadas en aquel momento (en 1959) incluían términos «de valor» que alteraban el enfoque científico de la clasificación psiquiátrica. Añadió que, a medida que la psiquiatría se hiciera cada vez más científica, estos términos deberían desaparecer gradualmente.

Las apreciaciones de Hempel constituyen una expresión importante del modelo estándar, debido tanto a su condición de experto en filosofía de la ciencia como a la función clave que desempeñó en el desarrollo de las clasificaciones actuales. No obstante, al menos en este aspecto, las predicciones de Hempel demostraron ser equivocadas. En el DSM-IV (13), que constituye la más reciente de las clasificaciones y la que más explícitamente está basada en la evidencia científica, los términos de valor —lejos de haber sido eliminados— son más evidentes que en cualquiera de las ediciones previas de las clasificaciones DSM o CIE (14). Por ejemplo, el término «bizarro» se utiliza con referencia a un tipo de delirio característico de la esquizofrenia. Además, deben tenerse en cuenta las siguientes consideraciones:

1. Hay varios criterios utilizados en el DSM que se basan más en valoraciones que en hechos. Por ejemplo, el criterio A relativo al trastorno disocial cubre «[...] el comportamiento en el que se violan los derechos de los demás o normas sociales importantes apropiadas para la edad del paciente».
2. El DSM incluye en muchas categorías criterios de funcionamiento que, nuevamente, implican explícitamente valoraciones. Por ejemplo, el criterio B de la esquizofrenia es un criterio de «disfunción social/laboral». Por lo tanto, este criterio B no es satisfecho por un simple *cambio* en la actividad (como

una cuestión de hecho); es necesario que el cambio sea a peor (como una cuestión de valor).

3. La definición de trastorno mental que se recoge en el DSM, además de incluir un criterio de disfunción («en el individuo»), expresa de manera explícita el hecho de que un trastorno mental puede ser definido, al menos en parte, a través de juicios de valor sociales. Así, la definición indica que «Ni el comportamiento desviado (p. ej., político, religioso o sexual) ni los conflictos entre el individuo y la sociedad son trastornos mentales, *a menos* que la desviación o el conflicto sean síntomas de una disfunción en el individuo». Por lo tanto, si un trastorno mental no puede ser definido a través de juicios de valor sociales, a menos que se satisfaga una condición *adicional* (la disfunción en el individuo), se concluye, entonces, que el trastorno mental se define *en parte* por juicios de valor sociales.

Dicho claramente, el DSM deja claro que su definición de trastorno mental requiere que exista «un malestar o una discapacidad *clínicamente significativos*». En el modelo estándar (del diagnóstico como un proceso basado exclusivamente en hechos), se supone que el concepto de «significación clínica» es un concepto pertinente exclusivamente a la ciencia médica. Sin embargo, en el DSM la «significación clínica» se define concretamente con referencia a «los juicios clínicos» de disfunción; además, el concepto de «juicio clínico» no se define más allá de señalar que la decisión respecto a si un trastorno es clínicamente significativo puede ser un «juicio clínico *difícil*». Por lo tanto, tomando en conjunto todos estos datos, es evidente que el «juicio clínico difícil» de la significación clínica requerido por el DSM es, al menos en parte, un difícil juicio clínico *de valor*.

INTERPRETACIÓN: LOS JUICIOS DE VALOR SON EQUIPARABLES A VALORES COMPLEJOS

Por todo lo dicho, el reconocimiento de que el diagnóstico de los trastornos mentales conlleva una carga de valor superior a la del diagnóstico de los trastornos orgánicos constituye el primer paso «de observación» en el argumento que apoya nuestra propuesta. No obstante, la posibilidad de incorporar la naturaleza de valor en los trastornos mentales depende de cómo se interprete. Esto nos lleva al segundo paso de nuestro argumento en tres pasos.

El modelo estándar, según el cual el diagnóstico es un proceso exclusivamente

científico, ofrece dos posibilidades de interpretación, que representan los dos polos del debate psiquiatría/antipsiquiatría que se planteó en las décadas de 1960 y 1970: la interpretación propsiquiátrica, de Kendell (15) y otros (16), que afirmaba que la psiquiatría estaba insuficientemente desarrollada desde un punto de vista científico, y la interpretación antipsiquiatría, de Szasz (17) y otros (18, 19), según la cual los trastornos mentales son realmente problemas de tipo moral (de la «vida») más que de tipo médico. En este artículo no hay espacio suficiente para considerar la amplia gama de argumentos que se han introducido en este debate (20, 21). Sin embargo, en los términos recogidos en el título de este artículo ambas interpretaciones representan la contemplación de la psiquiatría con un solo ojo: el enfoque propsiquiátrica (guiado por el modelo estándar) sólo contempla el problema con el ojo de los hechos, mientras que el enfoque antipsiquiatría (guiado por el modelo estándar) lo contempla únicamente con el ojo de los valores. Por tanto, si nuestra propuesta es correcta, ninguna de las dos interpretaciones es suficiente por sí misma para cubrir las demandas de la psiquiatría, dada su complejidad desde dos puntos de vista: el científico y el valorativo.

Ciertamente, otros autores han reconocido que los valores desempeñan un papel junto a los hechos. Sin embargo, al reservar para el diagnóstico psiquiátrico un enfoque carente de valores, pretenden retener la esencia del modelo estándar: por ejemplo, Boorse considera el término de enfermedad como un concepto sin valores (22-24); de la misma manera, Wakefield contempla el término disfunción como un concepto sin valores (25). Por lo tanto, si nuestra propuesta es correcta, lo que necesitamos no es un refinamiento mayor del modelo estándar sino un tercer tipo distinto de interpretación que comience con una crítica del modelo estándar en sí mismo, de manera que podamos ser capaces de abordar el diagnóstico psiquiátrico con los dos ojos bien abiertos: el de los hechos y el de los valores.

Una de las posibilidades para desarrollar una interpretación que tenga en cuenta ambos aspectos, los hechos y los valores, es la de comenzar a partir de los recursos de la teoría del valor filosófico implicada en el significado de los términos de valor (26, 27), especialmente en el trabajo del profesor de filosofía moral de Oxford, R.M. Hare (28, 29). A continuación se expondrá brevemente, con el criterio de ambos ojos bien abiertos, la interpretación de la naturaleza cargada de valores del trastorno mental, sugerida por el trabajo de Hare, para luego comentar

sucintamente algunas otras posibilidades de tipo filosófico.

El análisis de Hare y la interpretación con ambos ojos bien abiertos de la naturaleza cargada de valores del trastorno mental

En lo que se refiere al objetivo de este artículo, el nudo del trabajo de Hare está representado por dos observaciones relativas al significado de los términos de valor:

1. Dos *elementos de significación*. El significado de un término de valor contiene siempre dos elementos, un elemento *fáctico* y un elemento *valorativo*. La razón es que los criterios para un juicio de valor, expresado por un término de valor, son criterios *fácticos*. Así, utilizando uno de los ejemplos no médicos de Hare, el *término de valor* «una buena fruta» expresa el *juicio de valor* «esta fruta es buena para ser comida», cuyos criterios incluyen *hechos* acerca de la fruta en cuestión, tales como que tiene buen color y que parece jugosa (28).
2. *Significados cargados de hechos y cargados de valores*. La mayor relevancia de cualquiera de estos dos elementos, el fáctico o el valorativo, en el significado de un término de valor dado depende de la intensidad con la que se comparten los valores expresados por dicho término: los términos de valor que expresan los *valores compartidos* tienen un significado relativamente *cargado de hechos*, mientras que los términos de valor que expresan *valores divergentes* están relativamente *cargados de valor*. Hare (29) señaló que los valores compartidos tienen, por definición, los mismos criterios *fácticos*, los cuales, por lo tanto, se asocian al significado del término de valor en cuestión. Por ejemplo, las personas tienen, mayormente, valores *compartidos* respecto a la fruta; es decir, a la mayor parte de las personas le gusta la fruta madura y jugosa. Por lo tanto, el *juicio de valor* «es una buena fruta» conlleva el significado fáctico de que la fruta en cuestión tiene buen color y es jugosa. Por el contrario, por citar otro ejemplo de Hare, el juicio de valor «este poema es bueno» expresa un juicio de valor acerca del cual los valores de las distintas personas difieren en gran medida. En este caso, se suele plantear la discusión acerca de los *valores* (estéticos) implicados en la consideración de que un poema es bueno, con el resultado de que la significación del aserto

«este poema es bueno» está fuertemente cargada *de valor*.

Nuestra interpretación con ambos ojos bien abiertos de la naturaleza relativamente cargada de valores de los trastornos mentales se plantea ahora directamente a partir de estas dos observaciones. Por lo tanto, si –con independencia de la consideración convencional– el término «trastorno» es un término de valor, compartirá con otros términos de valor las características señaladas por Hare. Así, si consideramos que «trastorno» es un término de valor, el término «trastorno mental» tendrá una carga de valor mayor que el término «trastorno orgánico» y no –tal como se considera generalmente– por razones de deficiencia científica, sino debido a que los *valores* expresados por el término de valor «trastorno» son (relativamente) *divergentes* en las áreas del diagnóstico en las que esta implicada la *psiquiatría* y son (relativamente) *compartidos* en las áreas del diagnóstico en las que está implicada la *medicina orgánica*. Todo ello es congruente con el hecho de que el diagnóstico psiquiátrico está implicado en áreas de la experiencia y el comportamiento de las personas (como la emoción, las creencias, los deseos, la volición y la sexualidad), en las que los valores humanos muestran una gran diversidad (lo que es bueno para un individuo es malo para otro), mientras que en el diagnóstico de la medicina orgánica están implicadas áreas de la experiencia y el comportamiento de las personas (como el dolor corporal intenso, la amenaza de la muerte o la parálisis) en las que los valores humanos son relativamente compartidos (lo que es malo para un individuo es malo para casi todos) (30).

Otros recursos filosóficos y la interpretación con ambos ojos bien abiertos de la naturaleza cargada de valores de los trastornos mentales

Hay otros muchos recursos filosóficos posibles para desarrollar una interpretación con ambos ojos bien abiertos de la naturaleza relativamente cargada de valores de los trastornos mentales.

Un grupo de interpretaciones se podría iniciar a partir del trabajo de la filosofía de la ciencia en el que se demuestran las diferentes formas en las que, a diferencia de lo que se considera en el modelo estándar, los valores y los hechos trabajan en conjunto en la ciencia (31): por ejemplo, los valores epistemológicos que guían la elección de la teoría tienen una importancia demostrable en el desarrollo de las categorías diagnósticas de los trastornos de la personalidad recogidos en el DSM (32). Otro grupo de

interpretaciones se puede iniciar a partir del trabajo de filosofía moral en el que se demuestra que los valores se pueden redefinir en términos de hechos (33-35). Un tercer grupo de interpretaciones se puede iniciar a partir de las diversas corrientes filosóficas que niegan el dualismo implícito en el punto de vista convencional: por ejemplo, la fenomenología (36, 37) y las disciplinas relacionadas con ella (38-42) ofrecen puntos de partida interesantes a este respecto. También están, nuevamente, los recursos de la filosofía clásica (43) y, en la actualidad, los recursos de la moderna filosofía de la mente (44, 45).

Todos estos abordajes, que son complementarios en muchos aspectos, ofrecen ventajas y desventajas. La interpretación derivada del trabajo de Hare tiene los siguientes méritos prácticos: *a)* haber sido aplicada ya con buenos resultados en el desarrollo de servicios y en iniciativas de formación en salud mental, y *b)* constituir un modelo básico para la investigación de los valores en el diagnóstico psiquiátrico. Son estas aplicaciones prácticas las que se considerarán a continuación, en lo que constituye el tercer paso de nuestro argumento para apoyar la propuesta que se realiza en este artículo.

APLICACIONES PRÁCTICAS: RECURSOS YA DISPONIBLES

La contrapartida práctica de la interpretación con ambos ojos bien abiertos de la naturaleza cargada de valores de los trastornos mentales procedente de la teoría de valores filosófica se denomina *práctica basada en los valores* (46). Al igual que la práctica basada en la evidencia, la práctica basada en los valores es un eficaz recurso para la toma de decisiones en la asistencia sanitaria. De manera similar al comienzo de la democracia política, su inicio se plantea con un respeto igual para todos los valores; también de forma similar a la democracia política, se fundamenta en un «proceso adecuado» para tomar eficazmente decisiones en las situaciones de conflicto de valores. En esta sección se revisarán brevemente los recursos prácticos ya existentes respecto a los abordajes del diagnóstico basado en los valores y basado en los hechos, bajo una doble perspectiva: *a)* la perspectiva del desarrollo de políticas y servicios asistenciales, así como de iniciativas formativas, y *b)* la perspectiva de la investigación.

Desarrollo de políticas, servicios asistenciales e iniciativas formativas

En la práctica basada en valores, el «proceso adecuado» depende de forma

crítica del modelo de provisión de servicios, que debe ser: *a)* centrado en el paciente, debido a que la práctica basada en los valores se inició a partir de los valores de los pacientes individuales, de sus familias y de sus comunidades (46), y *b)* multidisciplinario, debido a que la práctica basada en los valores depende del espectro de las diferentes perspectivas de valores representado por un equipo multidisciplinario bien conjuntado que tome decisiones equilibradas en situaciones de conflicto de valores (46).

El desarrollo, en muchas partes del mundo, de servicios de asistencia psiquiátrica fundamentados en los principios del proceso de toma de decisiones centrado en el paciente y en el trabajo en equipos multidisciplinarios ofrece un fundamento potencialmente sólido para la evaluación diagnóstica basada en valores y basada en hechos. Por lo tanto, ambos principios constituyen el aspecto clave de la política gubernamental «de alto nivel» del Reino Unido en aspectos de salud mental, es decir, el National Service Framework (NSF), el National Institute for Mental Health in England (NIMHE) (48) (tablas 1 y 2).

Las características más importantes del «Marco de valores» del NIMHE como marco político para los abordajes diag-

nósticos basados en los valores y abordajes diagnósticos basados en los hechos son, según se recoge en los «Principios fundamentales» (*Core principles*) señalados en la tabla 1, la primera y la tercera de las tres «R», es decir, el principio de «Reconocimiento», según el cual *todas* las decisiones (incluyendo las decisiones relativas al diagnóstico) están fundamentadas en valores y en hechos, y el principio de «Respeto», según el cual las decisiones se toman a partir de los valores de los pacientes individuales. Con respecto a las «Implicaciones normativas» (*Policy implications*) (tabla 2), las características más importantes son: la exclusión explícita de la discriminación (que, por definición, es incompatible con el principio de respeto); la inclusión explícita de los aspectos de refuerzo y los abordajes basados en la recuperación (fundamentados en valores positivos), y el énfasis en la importancia del trabajo multidisciplinario (que, tal como ya se ha señalado, es el aspecto clave para la toma de decisiones equilibradas en las situaciones de conflicto de valores).

En lo que se refiere a los aspectos formativos, también es importante el segundo de los «Principios fundamentales» del «Marco de valores» del NIMHE (tabla 1), la «R» de «Toma de conciencia» (*Raising awareness*). En el corazón de la práctica basada en los valores, en tanto enfoque basado en un proceso para el trabajo eficaz con valores complejos, se sitúan cuatro áreas básicas de habilidades clínicas:

a) toma de conciencia respecto a los valores y a la diversidad de los valores, *b)* capacidad de razonamiento, *c)* conocimiento de los valores y *d)* capacidad de comunicación (tanto para la comprensión de los valores como para la resolución de los conflictos) (46). En el Reino Unido se ha desarrollado material formativo correspondiente a estas cuatro áreas a través de la colaboración entre el Sainsbury Centre for Mental Health (una organización sectorial voluntaria) y el Departamento de Filosofía y la Facultad de Medicina de la Warwick University (49, 50). El NIMHE ha apoyado estas iniciativas de formación y, tras la edición del manual formativo (51) por parte del responsable gubernamental de la salud mental, se está difundiendo como parte de un programa formativo nacional (52) en el contexto de una National Workforce Strategy (53) fundamentada en el trabajo de equipo multidisciplinario (54). Actualmente, también se están desarrollando materiales formativos dirigidos a los estudiantes de medicina y a los médicos de asistencia primaria, a través de un programa conjunto realizado por la Facultad de Medicina de la Warwick University y la Facultad de Medicina de la University of Pretoria.

Investigación

Al igual que ocurre con los aspectos formativos, con respecto a la investigación también se han establecido en psiquiatría

Tabla 1 El Marco de Valores del National Institute for Mental Health in England (NIMHE). Principios fundamentales

- 1. Reconocimiento:** el NIMHE reconoce la función que desempeñan los valores junto con la evidencia en todas las áreas de política y práctica de salud mental
- 2. Toma de conciencia:** el NIMHE se compromete a potenciar la toma de conciencia con respecto a los valores implicados en los diferentes contextos, a la función que desempeñan y a su impacto sobre la práctica clínica en la salud mental
- 3. Respeto:** el NIMHE respeta la diversidad de los valores y apoya las líneas de trabajo relativas a esta diversidad que hacen del principio del servicio centrado en el usuario el foco unificador de la práctica. Esto implica que los valores de cada usuario/cliente individual del servicio y de su comunidad deben constituir el punto de partida y el determinante clave para todas las acciones realizadas por los profesionales

Tabla 2 El Marco de Valores del National Institute for Mental Health in England (NIMHE). Implicaciones normativas

El respeto por la diversidad de los valores incluye diversas normativas y principios específicos implicados en la igualdad de los ciudadanos. En particular, es una medida antidiscriminativa, debido a que la discriminación en cualquiera de sus formas es intolerante con la diversidad. El respeto por la diversidad en el contexto de la salud mental también es:

- **centrado en el usuario:** coloca en el centro de la política y la práctica los valores de los usuarios individuales
- **orientado hacia la recuperación:** reconoce que a través del fortalecimiento de los aspectos personales de cada individuo, así como de sus características culturales y raciales, es posible abrir muchas vías diversas para la recuperación
- **multidisciplinario:** se requiere que el respeto sea recíproco tanto entre las diferentes personas (los usuarios del servicio, sus familiares, sus amigos, su comunidad y los profesionales), como entre las diferentes disciplinas asistenciales (enfermería, psicología, psiquiatría, medicina, asistencia social) y entre las diferentes organizaciones (incluyendo las de asistencia social, las responsables locales de vivienda o alojamiento, las organizaciones de voluntarios, los grupos comunitarios, las comunidades religiosas y otros servicios sociales de apoyo)
- **dinámico:** es abierto y sensible a los cambios
- **reflexivo:** combina la autovigilancia y el autocontrol, con una autoconsideración positiva
- **equilibrado:** aborda los valores positivos y también los negativos
- **relacional:** coloca en el centro de la práctica las relaciones de trabajo positivas apoyadas por una buena comunicación

las bases para el desarrollo de una evaluación diagnóstica basada en los valores y basada en los hechos, en este caso a través de las clasificaciones de la CIE y del DSM efectuadas hasta el momento. Tal como ya se ha señalado, el DSM-IV es más explícito que sus versiones anteriores (de las series CIE y DSM) en cuanto a los valores implicados en las categorías diagnósticas psiquiátricas. Desde la perspectiva del modelo estándar, esta situación representa un fracaso de la ciencia psiquiátrica. Desde la perspectiva de la teoría filosófica de los valores, es un éxito. Hacer explícitos estos valores es un paso importante hacia el establecimiento de una clasificación que permita contemplar evaluaciones diagnósticas basadas en valores y basadas en hechos (55). Por ejemplo, el criterio B del DSM para la esquizofrenia requiere únicamente pequeñas modificaciones para que sean plenamente explícitos los elementos valorativos en su significación y en los procesos necesarios para evaluar estos elementos, con objeto de que constituya un criterio diagnóstico plenamente basado en los valores y plenamente basado en los hechos (56, 57). De la misma manera, la utilización de la CIE para el establecimiento de una familia de clasificaciones internacionales es una medida completamente congruente con los abordajes basados en los valores (58). Además, la adición de una herramienta de evaluación de carácter idiográfico que sea sensible a los valores y las creencias personales y culturales de cada paciente amplificaría todavía más este proceso (59, 60).

Se han planteado varias iniciativas de investigación relativas específicamente al diagnóstico basado en valores en el ámbito de la psiquiatría. La primera de estas iniciativas fue formulada por el psiquiatra y filósofo norteamericano John Sadler que, en una reunión efectuada en el UT Southwestern Medical Centre, Dallas, reunió a especialistas en la clasificación psiquiátrica junto a filósofos, neurocientíficos, clínicos y pacientes. Publicada como una colección de aspectos fundamentales (61), la reunión de Dallas constituyó el paradigma para dos reuniones internacionales sobre métodos de investigación financiadas por el NIMHE en Londres, en 2003 y 2004, cuyos contenidos han sido publicados en forma de conferencias recogidas en Internet (48). Sadler también ha completado una revisión importante de los valores implicados en toda las áreas del diagnóstico psiquiátrico (62). Además, se han propuesto diversas iniciativas importantes de investigación sobre trastornos específicos: esquizofrenia (36, 63), enfermedad de Alzheimer (41) y anorexia nerviosa (64).

No deben subestimarse los problemas de tipo técnico planteados. Utilizando el ejemplo de la física (58) como paradigma de la ciencia natural, es evidente que la investigación sobre los valores diagnósticos requerirá un modelo diferente (individualizado) de fiabilidad; además, también tendrá gran importancia la validez nominal, especialmente la considerada por los pacientes y los cuidadores. Por otra parte, el proceso de investigación en sí mismo deberá incluir la participación de usuarios y cuidadores, como «expertos debido a su experiencia», en una situación paritaria con los expertos tradicionales, que lo son debido a su formación (65). No obstante, si consideramos que la historia de la ciencia constituye alguna forma de guía, los aspectos técnicos como éstos quedarán superados no solamente por la reflexión *a priori*, sino por la participación activa en los programas de investigación con los que están relacionados (66).

DIEZ PREGUNTAS Y DIEZ RESPUESTAS

En esta sección se considerarán varias cuestiones derivadas de nuestra propuesta y pertinentes a las perspectivas de las diversas partes que participan en el proceso. Se partirá de un interrogante planteado por el director (imaginario) de un grupo de trabajo responsable del desarrollo de una nueva clasificación de los trastornos mentales.

Pregunta planteada por el director del grupo de trabajo: más que combinar hechos y valores en el diagnóstico psiquiátrico, ¿podríamos sencillamente separar los valores y centrarnos en los hechos?

Respuesta: el modelo de Hare nos permite separar los hechos y los valores (de manera estricta; esto significa realizar una separación entre la «descripción» y lo que Hare denominó «prescripción») (28, 99). Por lo tanto, podríamos desarrollar en principio una clasificación de los *estados* definidos de manera descriptiva, a lo largo de —por ejemplo— las líneas básicas de una clasificación descriptiva de los cuadros más oscuros (67). No obstante, las clasificaciones psiquiátricas no sólo recogen estados sino también *estados patológicos*, es decir, *estados evaluados de manera negativa: trastornos*. Por supuesto, *podemos* separar el elemento valorativo: por ejemplo, los criterios recogidos en el DSM sobre el buen o mal funcionamiento aparecen contemplados en una clasificación separada en la CIE «familia» (68). No obstante, esto obliga a una reubicación —más que a una resolución— de los problemas planteados por el

trabajo con los valores complejos en el diagnóstico psiquiátrico.

Pregunta del clínico: con los avances científicos que se realicen en el futuro y, en particular, con los descubrimientos de las causas cerebrales de los trastornos mentales, ¿es posible que los valores tengan una importancia diagnóstica menor?

Respuesta: claramente, «no». Parece obvio que el conocimiento más detallado de las causas de los trastornos mentales hará que los valores tengan menos importancia en el diagnóstico psiquiátrico, debido a que la mayor parte del proceso diagnóstico en medicina orgánica se dirige hacia la identificación de las causas de los trastornos orgánicos. Sin embargo, es necesario recordar que la naturaleza relativamente cargada de valores de los trastornos mentales no se origina en una deficiencia de la ciencia (la falta de conocimiento de las causas), sino en el hecho de la mayor complejidad de los valores. En el futuro se dispondrá de mucha más información acerca de las causas (biológicas, psicológicas y sociales) de la experiencia y el comportamiento humanos. Sin embargo, esto no ayudará a resolver algunas cuestiones, por ejemplo, el grado de precisión con el que son evaluadas de manera negativa diversas experiencias y conductas que, por lo tanto, son *patológicas*. Por ejemplo, podría ocurrir que hubiera alguna diferencia en la anatomía cerebral de las personas heterosexuales y homosexuales, lo que no implicaría que la homosexualidad fuera más una «enfermedad» que la heterosexualidad (30).

Pregunta del paciente: todo lo dicho podría ser cierto, pero a mí me ha ayudado creer que mi depresión es un trastorno cerebral. Me sentí mucho menos estigmatizado cuando tuve conciencia de ello.

Respuesta: ciertamente, la idea de que un trastorno mental no es diferente de cualquier trastorno orgánico es útil para muchas personas. Sin embargo, hay diversos modelos útiles para otras personas (69) y, por supuesto, también está el «movimiento de usuarios» que rechaza el modelo del predominio de la enfermedad (70). Nuestra propuesta se acomoda a esta característica del trastorno mental (que es concebido de manera diferente por las distintas personas) y evita la necesidad de un modelo «superior», es decir, de una forma dominante de pensamiento respecto al trastorno mental (una «talla única» a la que se tiene que adaptar todo el mundo) (71).

Pregunta del cuidador: desde mi perspectiva, y tras haber cuidado de mi hijo esquizofrénico durante 10 años, puedo ver con facilidad la importancia que tienen los

valores en la salud mental. Sin embargo, ¿es posible que la consideración que se propone (al igual que en el «Marco de valores» del NIMHE) de los valores positivos conlleve el riesgo de plantear una perspectiva «romántica» de la enfermedad y los trastornos mentales?

Respuesta: ciertamente, existe este riesgo, y es clave, por ello, mantener una toma de conciencia plena sobre los problemas y sufrimientos causados por los trastornos mentales (72). No obstante, si queremos responder de manera eficaz, también es clave reconocer las pruebas crecientes –no sólo procedentes de los pacientes en sí mismos (73, 74)– de que el control de los síntomas, que representa el objetivo del modelo estándar, es con frecuencia menos importante de lo que los profesionales suelen suponer. Las personas tienen a menudo otras prioridades (un hogar, un trabajo, etc.) que pueden ser realmente perjudicadas por los esfuerzos demasiado entusiastas para el control de los síntomas. Además, los síntomas en sí mismos presentan, en ocasiones, aspectos positivos (p. ej., tal como ocurre con la hipomanía [75]). Todavía más importante es el aspecto del refuerzo positivo y la resistencia que muestran las personas con trastornos mentales (76). Por lo tanto, la evaluación basada en valores persigue un abordaje equilibrado y no la percepción romántica de los problemas, todo ello sin pasar por alto la posibilidad de recuperación (77).

Pregunta del especialista en ética: su premisa de respeto a la diversidad suena algo así como una receta para el «todo vale» del relativismo ético.

Respuesta: tal como queda claro en el «Marco de valores» del NIMHE, la práctica basada en los valores –lejos de ser una receta para el «todo vale»– introduce limitaciones importantes en la práctica. Estas limitaciones se deben, en parte, a las premisas de la práctica basada en valores sobre el respeto a la diversidad (véase lo ya señalado) y, en parte, al hecho de que los valores humanos, aunque diversos, no son caóticos. Así, al enfrentar seriamente la gran variedad de valores humanos, la práctica basada en valores no conduce al relativismo en el diagnóstico psiquiátrico con mayor facilidad de lo que lo podría hacer la ética o la democracia política (46).

Pregunta del legislador: todo esto está muy bien, pero desde un punto de vista histórico los conceptos diagnósticos psiquiátricos han sido notoriamente vulnerables frente al abuso. ¿Es posible que su propuesta haga que el diagnóstico psiquiátrico sea más vulnerable al abuso por motivos de control social?

Respuesta: ciertamente, esta posibilidad constituye siempre un riesgo en psiquiatría. Sin embargo, nuestra propuesta indica que en un área de valores complejos, como el área de la psiquiatría, es el modelo estándar el que realmente muestra un riesgo a este respecto. La razón es que el modelo estándar, al abandonar los valores, anula precisamente los aspectos del diagnóstico que hacen que la psiquiatría muestre una mayor vulnerabilidad frente al abuso. Por ejemplo, en un estudio de la bibliografía psiquiátrica en idioma ruso, publicada durante el período en el que el abuso de la psiquiatría fue generalizado en la antigua Unión Soviética (78), se demostró que la vulnerabilidad de la psiquiatría en este caso no fue debida a un fundamento científico insuficiente del diagnóstico, sino a la falta de reconocimiento de la intensidad con la que los valores soviéticos influían en los juicios clínicos (79). Por lo tanto, el reconocimiento del papel que desempeñan los valores –junto con los hechos– en el diagnóstico psiquiátrico debería reducir, más que incrementar, los riesgos de abuso.

Pregunta del investigador: mi preocupación es la posibilidad de que la consideración de los valores en el diagnóstico pueda dar lugar a sesgos en la investigación científica.

Respuesta: éste es también claramente un riesgo. Sin embargo, la separación de valores y hechos en el trabajo de Hare relativo a los términos de valor es útil por varias razones. En primer lugar, aclara lo que es genuinamente científico (en términos de trastornos definidos por hechos y en términos de procesos causales) (58, 67). En segundo lugar, subraya la necesidad de tomar una decisión de carácter más sofisticado respecto a las variables: por ejemplo, la experiencia de la percepción del delirio puede aparecer (a diferencia de lo que se supone en el modelo estándar) en una amplia gama de situaciones patológicas y también no patológicas (p. ej., las espirituales) (63). Por lo tanto, el estudio de estas experiencias en ambos tipos de situaciones (normales y patológicas) puede ser más fructífero que su evaluación únicamente en los casos patológicos.

Pregunta del director de formación: de todas maneras, con la lista de asignaturas ya completa, ¿cómo podríamos asumir otra nueva área de estudio?

Respuesta: ésta es una cuestión en la que hay que tener en cuenta los recursos disponibles. Sin embargo, si nuestra propuesta es correcta, la formación en el trabajo clínico basado en los valores y basado en la evidencia es esencial si queremos que la psiquiatría, como rama de la medicina, no sólo esté fundamentada en la ciencia,

sino también centrada en el paciente. Precisamente, esta misma cuestión (la necesidad de los valores y de la evidencia) se ha planteado en el desarrollo de los abordajes de la medicina basados en la evidencia (80). Al igual que en lo que se refiere a los aspectos prácticos de las limitaciones de tiempo y de otras cuestiones, los métodos formativos señalados han sido diseñados para su fácil adaptación a los programas formativos ya existentes (51).

Pregunta del filósofo: los filósofos han desacreditado la distinción entre hechos y valores. Por lo tanto, ¿por qué volver sobre ello?

Respuesta: ¿quizá está usted pensando en el trabajo del pragmático norteamericano W.V.O. Quine (81)? Sin embargo, tal como ha argumentado otra filósofa norteamericana (Hilary Putnam), aunque el trabajo de Quine sobre la distinción analítica-sintética mediante implicación socava la idea de que los hechos y los valores (así como otros dualismos) son en todo momento completamente separables, mantiene intacta la distinción como herramienta para el análisis del significado de los conceptos (82). En cualquier caso, como ya hemos señalado, hay otros recursos filosóficos para desarrollar modelos relevantes del diagnóstico que no están fundamentados en la distinción entre hechos y valores. Sin embargo, es esta distinción, más que el dualismo, lo necesario para utilizar los recursos recogidos específicamente en el trabajo de Hare. Además, el trabajo de Hare, precisamente por proporcionar una exposición clara de la distinción, es el abordaje más útil para las iniciativas de normativa, formación e investigación en psiquiatría.

Pregunta del defensor de la salud mental: quiero volver a la cuestión del estigma, ya planteada. Muchos defensores experimentados de la salud mental consideran que nunca vamos a progresar hasta que no consigamos la paridad con los trastornos orgánicos; ¿nos podría ayudar en este sentido su propuesta?

Respuesta: ¡Seguro! Sin embargo, nuestra propuesta no sólo ayudaría a la paridad, sino quizá también a la prioridad. Todos estamos de acuerdo en que el estigma constituye el problema principal al que se enfrenta la salud mental hoy en día (83). Nuestra propuesta proporciona un fundamento para luchar contra la estigmatización, no solamente a través de la estrategia negativa de intentar la equiparación con la medicina orgánica, con el riesgo consiguiente de reforzar el perjuicio de que la psiquiatría es deficiente (es decir, de que necesita una equiparación), sino a través de la estrategia positiva de demostrar que la psiquiatría es

la primera que ha desarrollado los modelos de provisión de servicios, los programas formativos y los paradigmas de investigación necesarios para trabajar de manera eficaz con valores complejos.

Recordemos que el fundamento de nuestra proposición es que deberíamos incorporar activamente la naturaleza relativamente cargada de valores que implica el trastorno mental, debido a que esto demuestra que la psiquiatría no sólo no es deficiente desde un punto de vista científico en comparación con otras áreas de la medicina, sino que tiene un *carácter valorativo más complejo*. Así, si ello es correcto, la psiquiatría no necesita ningún esfuerzo de equiparación. Por el contrario, hay razones para considerar que los avances científicos que tengan lugar en el siglo XXI demostrarán que son las demás áreas de la medicina las que deben equipararse con la psiquiatría (46, 58, 67). La razón fundamental es el hecho de que los avances científicos abren vías de elección, y las vías de elección conducen a los valores: por ejemplo, la medicina reproductiva ya está presentando un carácter valorativo cada vez más complejo, a consecuencia de los avances que están teniendo lugar en el campo de la «reproducción asistida» (46). Así, al desarrollar los recursos para trabajar con valores complejos, la psiquiatría está liderando todo este proceso, en contraste directo con las actitudes de estigmatización de la «psiquiatría en segundo plano» que se mantuvieron en la medicina del siglo XX.

CONCLUSIONES

En este artículo se ofrecen los argumentos para nuestra propuesta de que la psiquiatría debería: a) *reconocer* la naturaleza con mayor carga de valores que posee el trastorno mental, b) *incorporar* este concepto como reflejo de la complejidad de los valores y no de una deficiencia científica y c) *tomar con seriedad* dicha naturaleza, mediante el desarrollo de recursos para trabajar de la manera más eficaz con los valores complejos, de manera similar al desarrollo de recursos para trabajar con hechos complejos que tuvo lugar durante el siglo XX. En este artículo también se revisa una amplia gama de cuestiones y preguntas planteadas por esta propuesta, con la conclusión de que el enfoque antiestigmatización planteado podría colocar a la psiquiatría en una posición de liderazgo en la medicina del siglo XXI si se implementara de manera plena.

Es importante subrayar el hecho de que nuestra propuesta requiere un cambio decisivo desde el modelo estándar de diagnóstico como un proceso dirigido esen-

cialmente por los profesionales, hasta un modelo de diagnóstico que constituya un proyecto de conocimientos compartidos, en el que los pacientes y los profesionales desempeñen iguales funciones.

Como fundamento de nuestra propuesta, la teoría filosófica de los valores, además de considerar la importancia de los conocimientos y las capacidades de los profesionales, también reconoce, y en un plano de igualdad, la importancia de los valores –las necesidades, los deseos y las creencias– específicos de los individuos, de sus familias y de la comunidad. Ésta es la razón de que, y haciendo referencia al título de este artículo, nuestra propuesta sea la de un abordaje con ambos ojos bien abiertos. Para ello es necesario mantener abierto no sólo el ojo tradicional enfocado sobre los hechos, sino también el ojo generalmente olvidado de los valores.

Tal como ya hemos señalado, ésta es también la razón de que nuestra propuesta difiera radicalmente no sólo de las posiciones de la antipsiquiatría (que contempla con el ojo de los valores) y de la propiopsiquiatría (que contempla con el ojo de los hechos) mantenidas en los debates anteriores relativos a la salud mental, sino también de las posiciones más recientes que reconocen sólo parcialmente la importancia de los valores. Finalmente, ésta es la razón de que nuestra propuesta ofrezca el fundamento para una nueva relación más igualitaria entre los pacientes y los profesionales con respecto a la evaluación diagnóstica, que constituye el aspecto clave de la psiquiatría como disciplina médica basada plenamente en la ciencia pero también centrada en el paciente.

World Psychiatry 2005; 3: 78-86

Bibliografía

- Walker N. Crime and insanity in England. Edinburgh: Edinburgh University Press, 1967.
- Fulford KWM. Psychiatry, compulsory treatment and a value-based model of mental illness. In: Almond B (ed). *Introducing applied ethics*. Oxford: Blackwell, 1995:148-66.
- Foucault M. *Madness and civilization: a history of insanity in the age of reason*. London: Tavistock, 1971.
- Kenny AJP. Mental health in Plato's Republic. *Proc Brit Acad* 1969;5:229-53.
- Robinson D. *Wild beasts and idle humours*. Cambridge: Harvard University Press, 1996.
- Butler R. Report of the Committee on Mentally Abnormal Offenders. London: Her Majesty's Stationery Office, 1975.
- Walker N. Psychiatric explanations as excuses. In: Roth M, Bluglass R (eds). *Psychiatry, human rights and the law*. Cambridge: Cambridge University Press, 1985:96-113.
- Sensky T, Hughes T, Hirsch S. Compulsory psychiatric treatment in the community, part 1. A controlled study of compulsory community treatment with extended leave under the mental health act: special characteristics of patients treated and impact of treatment. *Br J Psychiatry* 1991;158:792-9.
- World Health Organization. *Mental disorders: glossary and guide to their classification in accordance with the ninth revision of the International Classification of Diseases*. Geneva: World Health Organization, 1978.
- Parsons T. *The social system*. Glencoe: Free Press, 1951.
- Kendell RE. *The role of diagnosis in psychiatry*. Oxford: Blackwell, 1975.
- Hempel CG. Introduction to problems of taxonomy. In: Zubin J (ed). *Field studies in the mental disorders*. New York: Grune and Stratton, 1961:3-22.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4th ed., text revision. Washington: American Psychiatric Association, 2000.
- Fulford KWM. Closet logics: hidden conceptual elements in the DSM and ICD classifications of mental disorders. In: Sadler JZ, Wiggins OP, Schwartz MA (eds). *Philosophical perspectives on psychiatric diagnostic classification*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1994:211-32.
- Kendell RE. The concept of disease and its implications for psychiatry. *Br J Psychiatry* 1975;127:305-15.
- Roth M, Kroll J. *The reality of mental illness*. Cambridge: Cambridge University Press, 1986.
- Szasz TS. The myth of mental illness. *Am Psychol* 1960;15:113-8.
- Laing RD. *The divided self*. London: Tavistock, 1960.
- Scheff T. The labelling theory of mental illness. *Am Sociol Rev* 1974;39:444-52.
- Caplan AL, Engelhardt T, McCartney JJ (eds). *Concepts of health and disease: interdisciplinary perspectives*. Reading: Addison-Wesley, 1981.
- Fulford KWM. Mental illness: definition, use and meaning. In: Post SG (ed). *Encyclopedia of bioethics*, 3rd ed. New York: Macmillan, 2003:1789-800.
- Boorse C. On the distinction between disease and illness. *Philosophy and Public Affairs* 1975;5:49-68.
- Boorse C. What a theory of mental health should be. *J Theory Soc Behav* 1976;6:61-84.
- Boorse C. A rebuttal on health. In: Humber JM, Almeder RF (eds). *What is disease?* Totowa: Humana Press, 1997:1-134.
- Wakefield JC. Aristotle as sociobiologist: the "function of a human being" argu-

- ment, black box essentialism, and the concept of mental disorder. *Philosophy, Psychiatry & Psychology* 2000;7:17-44.
26. Warnock GJ. *Contemporary moral philosophy*. London: Macmillan, 1967.
 27. Fulford KWM. Philosophy and medicine: the Oxford connection. *Br J Psychiatry* 1990;157:111-5.
 28. Hare RM. *The language of morals*. Oxford: Oxford University Press, 1952.
 29. Hare RM. Descriptivism. *Proc Brit Acad* 1963;49:115-34.
 30. Fulford KWM. *Moral theory and medical practice*. Cambridge: Cambridge University Press, 1989.
 31. Fulford KWM, Thornton T, Graham G. An introduction to the philosophy of science. In: Fulford KWM, Thornton T, Graham G (eds). *The Oxford textbook of philosophy and psychiatry*. Oxford: Oxford University Press (in press).
 32. Sadler JZ. Epistemic value commitments in the debate over categorical vs. dimensional personality diagnosis. *Philosophy, Psychiatry & Psychology* 1996;3:203-22.
 33. Warnock GJ. *The object of morality*. London: Methuen, 1971.
 34. Dancy J. *Moral reasons*. Oxford: Blackwell, 1993.
 35. Mackie JL. *Ethics: inventing right and wrong*. Harmondsworth: Penguin, 1977.
 36. Stanghellini G. *Deanimated bodies and disembodied spirits. Essays on the psychopathology of common sense*. Oxford: Oxford University Press, 2004.
 37. Parnas J, Sass L, Stanghellini G et al. *The vulnerable self: the clinical phenomenology of the schizophrenic and affective spectrum disorders*. Oxford: Oxford University Press (in press).
 38. Matthews E. How can a mind be sick? In: Fulford KWM, Morris KJ, Sadler JZ et al (eds). *Nature and narrative: an introduction to the new philosophy of psychiatry*. Oxford: Oxford University Press, 2003:75-92.
 39. Sabat SR, Harré R. The Alzheimer's disease sufferer as semiotic subject. *Philosophy, Psychiatry & Psychology* 1997;4:145-60.
 40. Gillett G. A discursive account of multiple personality disorder. *Philosophy, Psychiatry & Psychology* 1997;4:213-22.
 41. Sabat SR. The experience of Alzheimer's disease: life through a tangled veil. Oxford: Blackwell, 2001.
 42. Widdershoven G, Widdershoven-Heerding I. Understanding dementia: a hermeneutic perspective. In: Fulford KWM, Morris KJ, Sadler JZ et al (eds). *Nature and narrative: an introduction to the new philosophy of psychiatry*. Oxford: Oxford University Press, 2003:103-12.
 43. Megone C. Mental illness, human function, and values. *Philosophy, Psychiatry & Psychology* 2000;7:45-66.
 44. Thornton T. Mental illness and reductionism: can functions be naturalized? *Philosophy, Psychiatry & Psychology* 2000;7:67-76.
 45. Bolton D, Hill J. *Mind, meaning and mental disorder: the nature of causal explanation in psychology and psychiatry*. Oxford: Oxford University Press, 1996.
 46. Fulford KWM. *Ten principles of values-based medicine*. In: Radden J (ed). *The philosophy of psychiatry: a companion*. New York: Oxford University Press, 2004: 205-34.
 47. Department of Health. *National Service Framework for Mental Health – Modern standards and service models*. London: Department of Health, 1999.
 48. www.connects.org.uk/conferences
 49. Fulford KWM, Williamson T, Woodbridge K. Values-added practice (a values-awareness workshop). *Mental Health Today* 2002;October:25-7.
 50. Woodbridge K, Fulford B. Good practice? Values-based practice in mental health. *Mental Health Practice* 2003;7:30-4.
 51. Woodbridge K, Fulford KWM. *Whose values? A workbook for values-based practice in mental health care*. London: Sainsbury Centre for Mental Health, 2004.
 52. Department of Health. *The ten essential shared capabilities: a framework for the whole of the mental health workforce*. London: The Sainsbury Centre for Mental Health, the National Health Service University, and the National Institute for Mental Health England, 2004.
 53. Department of Health. *Mental health care group workforce team: national mental health workforce strategy*. London: National Institute for Mental Health England; Changing Workforce Programme; Trent Workforce Development Confederation and Social Care, 2004.
 54. Department of Health. *Interim report of the national steering group: guidance on new ways of working for psychiatrists in a multi-disciplinary and multi-agency context*. London: The Royal College of Psychiatrists; National Institute of Mental Health in England, and the Modernisation Agency – Changing Workforce Programme, 2004.
 55. Fulford KWM. Report to the chair of the DSM-VI task force from the editors of *PPP* on "Contentious and noncontentious evaluative language in psychiatric diagnosis". In: Sadler JZ (ed). *Descriptions & prescriptions: values, mental disorders, and the DSMs*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2002:323-62.
 56. Fulford KWM. Values in psychiatric diagnosis: executive summary of a report to the chair of the ICD-12/DSM-VI coordination task force. *Psychopathology* 2002; 35:132-8.
 57. Fulford KWM, Stanghellini G, Broome M. What can philosophy do for psychiatry? *World Psychiatry* 2004;3:130-5.
 58. Fulford KWM, Thornton T, Graham G. Natural classifications, realism and psychiatric science. In: Fulford KWM, Thornton T, Graham G (eds). *The Oxford textbook of philosophy and psychiatry*. Oxford: Oxford University Press (in press).
 59. Mezzich JE. Comprehensive diagnosis: a conceptual basis for future diagnostic systems. *Psychopathology* 2002;35:162-5.
 60. Mezzich JE, Berganza CE, von Cranach M et al. Idiographic (personalised) diagnostic formulation. *Br J Psychiatry* 2003; 182(Suppl. 45):55-7.
 61. Sadler JZ (ed). *Descriptions & prescriptions: values, mental disorders, and the DSMs*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2002.
 62. Sadler JZ. *Values and psychiatric diagnosis*. Oxford: Oxford University Press, 2004.
 63. Jackson M, Fulford KWM. Spiritual experience and psychopathology. *Philosophy, Psychiatry & Psychology* 1997;4:41-66.
 64. Tan JOA, Hope T, Stewart A. Anorexia nervosa and personal identity: the accounts of patients and their parents. *Int J Law Psychiatry* 2003;26:533-48.
 65. Faulkner A, Layzell S. *Strategies for living*. London: The Mental Health Foundation, 2000.
 66. Fine A. The natural ontological attitude. In: Jarrett L (ed). *Scientific realism*. Berkeley: University of California Press, 1984:149-77.
 67. Fulford KWM. Teleology without tears: naturalism, neo-naturalism and evaluationism in the analysis of function statements in biology (and a bet on the twenty-first century). *Philosophy, Psychiatry & Psychology* 2000;7:77-94.
 68. World Health Organization. *International classification of functioning, disability and health*. Geneva: World Health Organization, 2001.
 69. Colombo A, Bendelow G, Fulford KWM et al. Evaluating the influence of implicit models of mental disorder on processes of shared decision making within community-based multidisciplinary teams. *Soc Sci Med* 2003;56:1557-70.
 70. Kutchins H, Kirk SA. *Making us crazy: DSM – The psychiatric bible and the creation of mental disorder*. London: Constable, 1997.
 71. Fulford KWM, Colombo A. Six models of mental disorder: a study combining linguistic-analytic and empirical methods. *Philosophy, Psychiatry & Psychology* 2004;11:129-44.
 72. World Health Organization. *The world health report 2001. Mental health: new understanding, new hope*. Geneva: World Health Organization, 2001.
 73. Campbell P. What we want from crisis services. In: Read J, Reynolds J (eds). *Speaking our minds: an anthology*. Basingstoke: Macmillan, 1996:180-3.
 74. Lang MA, Davidson L, Bailey P et al.

- Clinicians and clients perspectives on the impact of assertive community treatment. *Psychiatr Serv* 1999;50:1331-40.
75. Jamison KR. *Touched with fire: manic depressive illness and the artistic temperament*. New York: Free Press, 1994.
 76. Rapp C. *The strengths model: case management with people suffering from severe and persistent mental illnesses*. New York: Oxford University Press, 1998.
 77. Allott P, Loganathan L, Fulford KWM. Discovering hope for recovery. *Can J Commun Ment Health* 2002;21:13-33.
 78. Bloch S, Reddaway P. *Psychiatric terror*. New York: Basic Books, 1997.
 79. Fulford KWM, Smirnov AYU, Snow E. Concepts of disease and the abuse of psychiatry in the USSR. *Br J Psychiatry* 1993;162:801-10.
 80. Sackett DL, Straus SE, Scott Richardson W et al. *Evidence-based medicine: how to practice and teach EBM*, 2nd ed. Edinburgh: Churchill Livingstone, 2000.
 81. Quine WVO. Two dogmas of empiricism. *The Philosophical Review* 1951;60:20-43.
 82. Putnam H. *The collapse of the fact/value dichotomy and other essays*. Cambridge: Harvard University Press, 2002.
 83. Sartorius N. Psychiatry and society. *Die Psychiatrie* 2004;1:36-41.

Con dificultades para ver y sin aliento: la crisis emergente de los valores

JOHN Z. SADLER

Department of Psychiatry, University of Texas Southwestern Medical Center at Dallas, Texas, EE.UU.

Es natural que, como antiguo colega y amigo, brinde apoyo a Fulford, Broome y Stanghellini. En efecto, son pocos los aspectos de su razonado y minucioso análisis que personalmente podría poner en cuestión, a excepción, quizás, de su relativa falta de urgencia. Me gustaría introducir en mis comentarios un sentido de urgencia, a través del bosquejo de algunas crisis emergentes relacionadas con el problema de los valores en la clasificación de los trastornos mentales.

Clasificación y diagnóstico según la genética y la biología molecular. La simplicidad de una clasificación de tipo agnóstico respecto a la etiología aparece como algo insostenible a medida que aumentan nuestros conocimientos acerca de los mecanismos moleculares y genéticos de los trastornos mentales. Lamentablemente, parece que los fenotipos asociados a esta nueva información científica no se corresponden plenamente con las categorías diagnósticas actualmente utilizadas (1-4). Al considerar las cuestiones relativas a los valores será necesario resolver cómo integrar la etiología biológica en la clasificación descriptiva que utilizan los clínicos en la «compleja industria médica» existente en la actualidad. Otro aspecto complejo será establecer el papel que desempeñan los factores etiológicos no biológicos (psicológicos, socioculturales). No debería pasarse por alto la relación (o ausencia de relación) entre esta segunda jerarquía y los factores etiológicos biológicos. ¿Cómo se contemplarán en el DSM-VI los trastornos mentales relacionados con el traumatismo inducido por la guerra? ¿Cuál debe ser el peso de los factores etiológicos en el diagnóstico?

Diagnóstico y delito. Manteniendo «ambos ojos abiertos», en las clasificaciones actuales se pueden reconocer paradojas misteriosas respecto a la relación entre los delitos y los trastornos mentales. Por ejemplo, en el DSM-IV-TR o en la CIE-10 existe una categoría diagnóstica (pedofilia) que se define principalmente en términos de comportamiento delictivo (abuso sexual infantil), mientras que carece prácticamente de rasgos clínicos asociados (4). Si

éste es un modelo ejemplar para la clasificación de los trastornos mentales relacionados con los delitos, ¿por qué no se clasifican también como trastornos mentales el asesinato en serie, la violación en serie, el terrorismo y otros comportamientos criminales? ¿En qué son diferentes las parafilias de los delitos repetitivos? La consideración de esta paradoja plantea cuestiones de difícil resolución respecto a los valores: ¿Deben clasificarse todos los delitos, o algunos de ellos, como trastornos mentales? ¿No se debería considerar como trastorno mental ningún delito? ¿Sobre qué criterios de evaluación se distingue el comportamiento criminal de la enfermedad mental? ¿Debe separarse por completo el comportamiento criminal de la enfermedad mental?

Normas de comportamiento sexual. En ausencia de una relación acordada y no ideológica de las normas de comportamiento sexual (5, 6), ¿cómo es posible que la desviación respecto a las normas de comportamiento sexual constituya el fundamento de un diagnóstico psicopatológico? Éstas y otras preguntas relacionadas seguirán constituyendo un problema respecto a diagnósticos que se recogen en el DSM-IV-TR, tal como el trastorno disfórico premenstrual y el trastorno de la identidad sexual, así como respecto a diagnósticos contemplados en la CIE-10, como el de instinto sexual excesivo, entre otros. ¿Cuál debería ser la imagen normativa del sexo y el comportamiento asociado al sexo que configure una concepción del comportamiento psicopatológico (4)?

Validez transcultural. Dado que es cada vez mayor la concienciación respecto a las variaciones transculturales del comportamiento —tal como se manifiesta en las clasi-

ficaciones CIE-10 y DSM-IV—, la validez transcultural seguirá siendo, en las clasificaciones venideras, un problema de carácter crítico relacionado con los valores. Si las categorías utilizadas en las clasificaciones del DSM y del CIE no son establecidas —por medios empíricos— como universalmente válidas (lo que es imposible desde un punto de vista práctico), entonces ¿cuáles deberían ser los criterios para el uso éticamente justificado de los diagnósticos DSM/CIE en una sociedad culturalmente diferente? ¿Deberían someterse toda las sociedades al modelo biomédico de la psicopatología prevalente en los países occidentales? ¿Se deberían respetar las nociones endémicas de psicopatología? ¿Cómo?

Los problemas planteados por los conflictos de valores en los diagnósticos y las clasificaciones de la psiquiatría son reales y no van a ser resueltos por los avances científicos. Al contrario, los avances científicos complejizarán los problemas, a medida que aumenten las posibilidades de diversificación relativas a la salud mental. Hay por delante una importante tarea de evaluación.

Bibliografía

1. Gottesman II, Gould TD. The endophenotype concept in psychiatry: etymology and strategic intentions. *Am J Psychiatry* 2003;160:636-45.
2. Hyman SE, Fenton WS. What are the right targets for psychopharmacology? *Science* 2003;299:350-1.
3. Tsuang MT, Faraone SV, Lyons MJ. Identification of the phenotype in psychiatric genetics. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1993;243:131-42.
4. Sadler JZ. *Values and psychiatric diagnosis*. Oxford: Oxford University Press, 2004.
5. Eagly AH. The science and politics of comparing women and men. *Am Psychol* 1995;50:145-58.
6. Eagly AH, Wood W, Diekmann AB. Social role theory of sex differences and similarities: a current appraisal. In: Eckes T, Trautner HM (eds). *The developmental social psychology of gender*. Mahwah: Lawrence Erlbaum, 2000:123-74.

Con un ojo abierto sobre la utilidad clínica

MICHAEL B. FIRST

Columbia University and New York State Psychiatric Institute, New York, NY, EE.UU.

La iniciativa de Fulford y cols. para incrementar la concienciación sobre la interacción entre los juicios de valor y los he-

chos científicos será útil, indudablemente, para enmarcar muchas de las discusiones relativas a la forma de definir los trastornos mentales concretos en la próxima revisión del DSM. Aunque la consideración de la diversidad de los valores fue un elemento operativo en algunas de las discusiones planteadas en la realización de la

clasificación del DSM-IV (p. ej., el ajuste de los criterios para el trastorno de la identidad sexual, de manera que no incluyera de manera inadecuada a las mujeres "marimachos", esta consideración no constituyó una parte explícita y sistemática del proceso de construcción de dicha clasificación.

Más allá de ello, es difícil comentar los aspectos prácticos de los argumentos de Fulford y cols., debido a que estos autores no explican con claridad precisamente lo que acarrea realmente su propuesta de una práctica basada en valores (o de una «evaluación diagnóstica basada en valores»). Fulford y cols. parecen sugerir que los valores del paciente deben desempeñar un papel central en el proceso de evaluación diagnóstica clínica en sí mismo. Personalmente, veo dos problemas en esta sugerencia, en términos de su potencial para comprometer la utilidad clínica de la clasificación DSM-IV y en términos de la inevitable interacción de la psicopatología con la determinación de los valores.

El objetivo más importante de la clasificación del DSM es el de facilitar la comunicación clínica entre los profesionales de la salud mental y servir de guía para la práctica clínica. Debido a que utiliza criterios operativos, estandarizados y descriptivos, los diagnósticos recogidos en el DSM permiten al clínico resumir fiablemente los patrones psicopatológicos que presentan los pacientes, con el objeto de tomar decisiones terapéuticas basadas en la evidencia. Sin embargo, el buen resultado de esta empresa depende de la aplicación fiable de los criterios diagnósticos. Las aplicaciones

idiosincrásicas o subjetivas de los criterios diagnósticos pueden dar lugar al establecimiento de diagnósticos imprecisos, los que pueden confundir a otros clínicos que forman parte del equipo terapéutico del paciente, además de que pueden invalidar la aplicación de las directrices terapéuticas basadas en criterios empíricos. Por ejemplo, puede considerarse el caso de un clínico que estudia a un paciente con depresión grave, que sostiene que el estado de ánimo intensamente depresivo es un hecho normal de la vida. Debido a esta valoración del propio paciente, el clínico no establece el diagnóstico de trastorno depresivo mayor, a pesar de que el paciente cumple todos los criterios sindrómicos para ello. Los consultores que revisan el diagnóstico actúan bajo la suposición errónea de que los síntomas del paciente son mucho menos graves de lo que realmente son, lo que da lugar a una confusión clínica, más que a una comunicación clínica. Además, es probable que el clínico tome decisiones terapéuticas inadecuadas si supone que los tratamientos que han demostrado empíricamente ser eficaces únicamente en los síntomas de una depresión leve (tal como la psicoterapia de apoyo) también serán útiles en este paciente con depresión grave.

Un segundo problema se refiere a la propuesta de Fulford y cols. para que los valores del paciente respecto a lo patológico «se mantengan en pie de igualdad con las consideraciones de los profesionales». En lo que se refiere a muchos trastornos mentales, la psicopatología en sí misma puede implicar una distorsión del sistema de valores del paciente. Puede considerarse, por ejem-

plo, el diagnóstico de pedofilia. Muchos pedófilos consideran que las prácticas sexuales con los niños no son algo patológico. ¿Debería depender el diagnóstico de pedofilia de una consideración paritaria del sistema de valores del paciente? Si así fuera, sería imposible establecer el diagnóstico de pedofilia en la mayor parte de las personas cuyos patrones de excitación incluyen las prácticas sexuales con los niños. A pesar de que la pedofilia podría parecer un ejemplo extremo, de hecho este problema se aplica a todos los trastornos en los que los síntomas son básicamente egosintónicos, es decir, los trastornos en los que la persona no considera que su comportamiento sea la manifestación de una enfermedad. El DSM-IV elude este agudo problema al considerar que el juicio de valor del clínico sustituye en estos casos al del paciente.

Quizá, la mejor manera de integrar los valores en la práctica psiquiátrica sea la de separar el proceso de *establecimiento* del diagnóstico del proceso de *aplicación* del diagnóstico con el objetivo del tratamiento clínico. Estoy de acuerdo con Fulford y cols. en su afirmación de que «el control sintomático es a menudo menos importante de lo que suelen considerar los profesionales. Las personas tienen a menudo otras prioridades (un hogar, un trabajo, etc.) que realmente pueden quedar perjudicados por los esfuerzos demasiado entusiastas para controlar los síntomas». Es importante que los clínicos coloquen los valores del paciente en el centro cuando formulan un plan terapéutico; de otra manera, inevitablemente el cumplimiento del tratamiento se va a ver comprometido.

El guiño ante los hechos y la pérdida de la concepción de Hare: el pluralismo de los valores y el análisis de la disfunción perjudicial

JEROME C. WAKEFIELD

*School of Social Work, New York University,
New York, NY, EE.UU.*

El concepto de trastorno es, en parte, un concepto de valor: las enfermedades que no causan perjuicios (p. ej., los angiomas benignos, la disfunción disléxica en una sociedad analfabeta en la que la lectura no se enseña ni se valora) no son trastornos. Sin embargo, los trastornos tampoco son simplemente situaciones desvalorizadas. Muchas situaciones y estados negativos, desde la ignorancia y la falta de talento hasta la disnea en un aspirante a jugador de balon-

cesto, no son trastornos. Además, la necesidad de tratamiento tampoco implica la existencia de un trastorno, tal como ocurre con el aborto y la delincuencia (1).

¿Cuál es el criterio factual que distingue los trastornos de otras situaciones y estados desvalorizados? Fulford y cols. no abordan en ningún momento esta cuestión. Al efectuar simplemente un guiño sobre los hechos correspondientes al concepto de trastorno, más que abrir plenamente los ojos ante estos hechos, los autores sencillamente no aplican de manera correcta el análisis de Hare. Según Hare, un concepto de valor, como concepto de «una buena fruta», tiene tres elementos: en primer lugar, un domi-

nio factual frente al cual se aplica el valor («fruta»); en segundo lugar, un dominio de valor («buena») y, en tercer lugar, un dominio factual respecto al valor (p. ej., el sabor o el color), que puede ser variable. Al centrarse sobre los valores, Fulford y cols. ignoran la especificación de dominio.

Personalmente, considero el trastorno como una «disfunción perjudicial» (DP); «perjudicial» es un término de valor fundamentado en consideraciones sociales, mientras que «disfunción» es un término factual que significa falta de realización de la actividad determinada biológicamente (2). El análisis de la DP se ajusta bien al modelo de Hare. La disfunción es el dominio factual,

el perjuicio es el valor aplicado al dominio, y existe un criterio implícito respecto al perjuicio (p. ej., sufrimiento, discapacidad), que puede ser distinto en cada cultura.

No obstante, el término «perjudicial» refleja valores sociales, no individuales. Por ejemplo, en una sociedad culta se considera que una persona que no valore la lectura presenta un trastorno de dislexia aunque sea incapaz de aprender a leer a causa de una disfunción cerebral; dicho de otra manera, en una sociedad que valore la capacidad reproductiva, un individuo estéril sufre un trastorno incluso aunque no quiera tener hijos.

Los autores sostienen que en el diagnóstico de los trastornos mentales los valores intervienen en mayor medida que en el diagnóstico de los trastornos físicos, de manera que los trastornos mentales muestran una carga de valor mayor. Proponen que el diagnóstico debe ser negociado con el paciente en función de los valores de éste. En efecto, consideran que el «perjuicio» se establece más en función de los valores individuales que de los valores sociales, en respuesta al creciente pluralismo de valores, que arroja dudas sobre la auténtica noción de los valores sociales.

La propuesta incrementa la carga de valor del trastorno mental y caracteriza erróneamente sus consecuencias. Una vez que el dominio factual del trastorno se especifica como una disfunción, la divergencia de los valores se reduce de manera considerable. Por ejemplo, las personas pueden presentar diferencias con respecto a cuánto valoran la alegría o rechazan la tristeza, en respuesta a las vicisitudes de la vida o como actitudes filosóficas, pero las diferencias son mucho menores con respecto a la forma de percibir un trastorno depresivo real, en el que sienten que algo anda mal, puesto que se genera de forma continua una tristeza dolorosa no relacionada con una pérdida real o con un punto de vista filosófico.

Además, los efectos de la variación de los valores sobre el diagnóstico están muy limitados, debido a los requerimientos de la disfunción. Los valores pueden descalificar la disfunción como una forma de trastorno, pero los valores no pueden transformar un cuadro no disfuncional en un trastorno.

La propuesta de Fulford y cols. borra la distinción entre el trastorno como algo ligado a hechos biológicos y los estados o situaciones desvalorizados, general. El análisis DP ofrece una aproximación alternativa. En primer lugar, limita el diagnóstico a los cuadros de disfunción basados en hechos, dejando al margen los valores en la medida de lo posible. En segundo lugar, ofrece un abordaje más refinado de la utilización de los valores individuales en las decisiones terapéuticas. Los valores del paciente pueden hacer que rechace el tratamiento de una disfunción o pueden hacer

que acepte la idoneidad del tratamiento de un cuadro no disfuncional (p. ej., la cirugía estética, el aborto).

La medicina mental se enfrenta a un dilema. A medida que la sociedad se hace cada vez más plural, se hace más problemática la identificación de los valores sociales compartidos subyacentes al componente de «perjuicio» de los trastornos; no obstante, la adopción del abordaje de los valores individuales que proponen Fulford y cols. frente a tal perjuicio socava lo que tiene de característico y útil el concepto de trastorno. Mi sugerencia es que la respuesta al pluralismo es lograr que el diagnóstico sea más científico y que las decisiones terapéuticas tengan una carga de valor más

explícita. Afortunadamente, la carga de valor que conlleva el término de trastorno es mucho menor de lo que sugieren los Fulford y cols., una vez que se tiene en cuenta su componente factual.

Bibliografía

1. Wakefield JC, Pottick KJ, Kirk SA. Should the DSM-IV diagnostic criteria for conduct disorder consider social context? *Am J Psychiatry* 2002;159:380-6.
2. Wakefield JC. The concept of mental disorder: on the boundary between biological facts and social values. *Am Psychol* 1992;47:373-88.

Una receta para el desastre: equiparación de la responsabilidad del profesional y del paciente en el desarrollo del diagnóstico psiquiátrico

ROBERT L. SPITZER

Department of Psychiatry, Columbia University, New York, NY, EE.UU.

Por supuesto, Fulford y cols. tienen razón al señalar que el diagnóstico psiquiátrico conlleva no solamente hechos sino también valores. Además, también aciertan al subrayar la participación de los pacientes y la comunidad en el desarrollo y la aplicación del diagnóstico psiquiátrico. Por ejemplo, nadie puede poner en duda que algunos términos que se han utilizado en las clasificaciones psiquiátricas (como «psicópata» y «adicto») han dado lugar a un efecto de estigmatización. Es en parte debido a esta razón que dichos términos han sido evitados en las clasificaciones psiquiátricas más recientes. Sin embargo, Fulford y cols. no ofrecen al lector ejemplos incluidos en el DSM actual cuya clasificación podría haber sido mejor si se hubiera prestado más atención al estudio de los valores implícitos de diversos diagnósticos o a la manera de formulación de los criterios diagnósticos.

Lo más destacado de la propuesta de Fulford y cols. es su afirmación de que «es necesario un cambio decisivo desde el modelo estándar de diagnóstico como un proceso dirigido fundamentalmente por los profesionales, hasta un modelo de diag-

nóstico que constituya un proyecto de conocimientos compartidos en el que el paciente y el profesional desempeñan iguales funciones». Estos autores no explican lo que quiere decir esto en términos prácticos, pero podemos suponer que recomiendan que en los grupos de trabajo que desarrollen las revisiones futuras del DSM participe un número similar de pacientes y de profesionales. El criterio utilizado para la participación de los profesionales en los grupos de trabajo del DSM ha sido la experiencia demostrada (o supuesta) en diagnóstico psiquiátrico, en el área clínica o en la investigación. ¿Cuáles serían los criterios para seleccionar a los pacientes psiquiátricos que deberían formar parte de los grupos de trabajo del DSM? ¿Deberían participar únicamente pacientes psiquiátricos que tuvieran una actitud receptiva respecto al concepto de diagnóstico psiquiátrico y que consideraran que el tratamiento psiquiátrico suele ser útil? ¿Qué pasa con los pacientes psicóticos que consideran que son objeto de persecución por parte de la psiquiatría? Suponiendo que fuera posible seleccionar a los pacientes apropiados, ¿cuál sería su contribución en las discusiones técnicas de la clasificación y de los criterios diagnósticos?

Fulford y cols. no dicen que ya desde el DSM-III diversos grupos no profesionales (liderados a menudo por pacientes psi-

quiátricos) participan en el desarrollo del manual DSM. Se han ido enviando a estos grupos las distintas versiones preliminares de los esquemas de clasificación DSM y se les han solicitado comentarios, sugerencias o propuestas. ¿Por qué no es suficiente este tipo de participación no profesional constituida por pacientes?

Por supuesto, el diagnóstico psiquiátrico conlleva valores y hechos, pero la propuesta de Fulford y cols. de que los pacientes psiquiátricos y los profesionales participen en igual medida en la tarea de desarrollar el diagnóstico psiquiátrico no es ni práctica ni necesaria. Si se llegara a implementar, sería la receta para un desastre nosológico.

manera irregular), de manera que deben ser evaluados y reevaluados de forma continua con objeto de conseguir información que pueda ser útil para el control de la enfermedad, una tarea que requiere un tiempo del que carecen los sistemas de salud. El hecho de que los profesionales médicos y sus pacientes se desplacen de un sitio a otro y de un contexto cultural a otro con mayor frecuencia que en épocas anteriores añade otro obstáculo a la aplicación del excelente concepto de la práctica basada en los valores. La aplicación de la práctica basada en los valores y en la evidencia (más que la práctica basada únicamente en la evidencia) requiere un mayor nivel formativo y también, posiblemente, más tiempo y esfuerzo por parte del médico: para que se pudiera popularizar y aplicar de manera general sería necesario demostrar que la práctica basada en los valores y en la evidencia mejora la calidad de vida de los pacientes y los médicos en mayor medida que la práctica basada únicamente en la evidencia.

El tercer punto mencionado anteriormente, el relativo al impacto y la importancia de los valores en todas las fases del encuentro médico, queda implícito en el artículo: habría sido útil exponerlo de manera más explícita, debido a su importancia para el conjunto de la medicina y al papel que desempeña en el abordaje de la enfermedad.

En conjunto, considero que la propuesta de Bill Fulford y cols. es una invitación muy útil para reconsiderar la medicina y la psiquiatría, y para mantener la concienciación respecto al hecho de que los valores influyen en el conjunto de la medicina, incluyendo el proceso de tratamiento de la enfermedad. Esta noción podría tener una importancia especial en la formación de los estudiantes de medicina y de los estudiantes de otras profesiones sanitarias, aunque también tiene aplicación en otros campos y quizá más en el de la política sanitaria que en el de la investigación básica.

Reconocimiento de la importancia de los valores

NORMAN SARTORIUS

University of Geneva, Suiza

Aunque ciertamente provocador, me ha parecido que el artículo de Fulford y cols. contiene un enfoque novedoso e interesante. No obstante, lamento que en el artículo: *a)* se realice una distinción tan drástica entre los trastornos mentales y otros problemas médicos; *b)* no se exponga el papel que desempeñan la cultura y las diferencias en los sistemas de valores que existen entre las culturas (y entre los distintos grupos sociales de un mismo contexto cultural), y *c)* se realice una separación entre el proceso de realizar un diagnóstico y el proceso de encuentro entre el profesional de la salud y el paciente, un proceso que incluye la definición de los problemas, su denominación y las acciones necesarias para su solución.

Probablemente, los psiquiatras están algo más inclinados a aceptar que los valores y los factores culturales afectan en general su razonamiento y sus acciones con una intensidad mayor que la que afectan a sus colegas de otras disciplinas médicas. No obstante, esto no quiere decir que el impacto de la cultura sobre los trastornos médicos «no psiquiátricos» no tenga también una gran intensidad en la mayoría de las situaciones de enfermedad. Por lo tanto, es de esperar que el importante trabajo que han llevado a cabo Fulford y otros expertos en esta materia se pueda ampliar a todo el mundo de la medicina, más que quedar acantonado en el campo de la psiquiatría.

Las culturas constituyen el andamiaje en el que se insertan los sistemas de valores, y sus diferencias son a menudo difíciles de definir en términos cuantitativos. Sin embargo, en términos cualitativos esta definición es posible y posee una importancia práctica directa. Fulford y cols. señalan que el «proceso adecuado» depende críticamente de los modelos de provisión de ser-

vicios centrados en el paciente, así como del uso de abordajes multidisciplinarios en la medicina. No obstante, el enfoque centrado en el paciente no es de ninguna manera una forma universalmente aceptada de abordar la enfermedad y otras cuestiones relativas a la vida humana. En algunas culturas, la asistencia se ha centrado sobre la familia, y las doctrinas de salud pública de mediados del siglo xx subrayan la utilidad de este modelo, debido a que la supervivencia de la comunidad depende de las funciones esenciales que realizan las familias, más que de la actividad de cualquiera de sus miembros individuales. La dependencia respecto a la función de la familia y el valor otorgado a ésta crecen en situaciones de presión ambiental y de falta de apoyo básico a la comunidad, algo que –lamentablemente– está pasando de ser un problema endémico a un problema epidémico en muchos países en vías de desarrollo.

Todo ello pone en relieve otra cuestión: la dificultad para la formación de los nuevos profesionales sanitarios en relación con la práctica médica basada en valores. Los valores cambian con el tiempo (y de

Los ojos y los oídos bien abiertos: los valores en el contexto clínico

**CLAUDIO E.M. BANZATO,
MARIO E.C. PEREIRA**

*Department of Psychiatry, Medical School,
State University of Campinas, Brasil*

El reconocimiento de su complejidad inherente y la cuestión de cuál es el mejor

enfoque para abordar esta complejidad se han convertido en el orden del día en la psiquiatría (1). Realmente, con respecto a las enfermedades mentales, son pocos los que discuten el hecho de que el abordaje exclusivamente científico difícilmente explique todo lo que debe ser explicado. Bill Fulford y cols. dan un paso más en la di-

rección de la complejidad, al reconocer el papel que desempeñan los valores en la categoría diagnóstica y en la práctica clínica, proponiendo para ello un sofisticado abordaje en dos pasos del diagnóstico psiquiátrico, en el cual se consideran seriamente los valores, además de los hechos. Con este comentario, nuestro objetivo es analizar sucintamente ciertas consecuencias importantes que se producirían al desarrollar en la práctica clínica el abordaje propuesto.

Los límites borrosos y cambiantes entre la medicina y la moral en psiquiatría se deben a que esta disciplina, como la diosa Jano, tiene un carácter dual: se apoya tanto en la medicina como en la moral, en los valores como en los hechos. En el corazón de la psiquiatría (en el que los valores desempeñan un papel fundamental) existe una tensión de carácter agónico que no puede ser eliminada ni eludida. Esta tensión se puede percibir fácilmente en la actividad clínica cotidiana. Por lo tanto, es fundamental tomar conciencia de la intensidad con la que nuestros conceptos y herramientas diagnósticos reflejan realmente esta tensión y son útiles para definir el encuentro clínico. Un ejemplo evidente de ello es la estrategia simple de abordar únicamente los síntomas en el contexto de un sistema nosológico supuestamente *bien ordenado*.

A pesar de que los objetivos generales de los pacientes y los clínicos suelen coincidir, no siempre es así. La disensión es especialmente probable en cuestiones que están menos relacionadas con el control de los síntomas. Entonces, podríamos preguntarnos «¿cuáles son las expectativas legítimas de los pacientes?» o bien «¿qué se debería considerar como un retorno a la normalidad?». Este punto subraya la necesidad de la declaración de valores con respecto a las suposiciones más básicas de la disciplina. Tal como ha señalado correctamente John Sadler: «Los psiquiatras trabajan para ayudar a las personas que presentan cualquier tipo de dificultad, desde los problemas de la vida cotidiana hasta las enfermedades crónicas e incapacitantes; sin embargo, lo que la profesión y sus practicantes consideran que es la mejor manera de vivir constituye el secreto mejor guardado» (2).

Es en este contexto en el que se debe aprehender de alguna manera el *pathos* humano en el encuentro clínico. Una experiencia subjetiva de la enfermedad debe ser enmarcada y expresada necesariamente en el lenguaje. Por lo tanto, no podemos identificar ningún elemento valorativo incluido en el lenguaje a menos que pongamos en juego nociones como las de «significado» y «conocimiento». La formulación narrativa e idiográfica en primera persona desempeña un papel fundamental en este punto (3). En consecuencia, escuchar se convierte en el aspecto clave del trabajo clínico, lo que está

en completo acuerdo con la definición genérica del respeto por la diversidad de los valores en el contexto de la salud mental ofrecida por las implicaciones políticas del «Marco de valores» del National Institute for Mental Health in England (NIMHE). Sin embargo, con independencia de cualquier ventaja previsible que pueda ofrecer este tipo de abordaje centrado en el paciente y en el proceso, debemos ser conscientes de que hay otras cuestiones en juego que van más allá de un conflicto racional de valores entre pacientes y clínicos, por ejemplo, la división y el problema de la acrasia (actuar de manera contraria al mejor interés personal). La toma de decisiones (acerca de lo bueno y lo malo, y de las distintas formas de vida) constituye el fundamento de la auto-creación en evolución continua. Además, es posible que los fines y los objetivos que persiga una persona en su vida puedan no ser reconciliables en absoluto.

Valores y diagnóstico integral

JUAN E. MEZZICH

International Center for Mental Health, Mount Sinai School of Medicine, New York University, New York, NY, EE.UU.

Tal como reconocen en su artículo Fulford y cols., y aunque no lo exponen con detalle, existe una concordancia entre la atención a los valores en el diagnóstico clínico y en la asistencia, por un lado, y lo que podríamos denominar el modelo de diagnóstico integral, por el otro. La importancia innegable de los valores respecto a la ciencia y la práctica de la psiquiatría, que Fulford y cols. exponen de manera convincente, es relevante tanto para la estructura como para los propósitos del diagnóstico global en psiquiatría, así como en la medicina en su conjunto.

El modelo emergente del diagnóstico integral (1, 2) persigue el conocimiento y la formulación de lo que es importante para la mente, para el cuerpo y para el contexto de la persona que solicita asistencia. Este objetivo se aborda a través de los diversos aspectos de los estados de salud y enfermedad, mediante la participación interactiva de los clínicos, los pacientes y la familia, y a través del uso de unos abordajes categorial, dimensional y narrativo en esquemas de niveles múltiples. Una ejemplificación de este modelo diagnóstico global puede observarse en las Guíelines for Diagnostic Assessment (IGDA) propuestas

La empresa clínica se desarrolla inevitablemente en el contexto del razonamiento práctico. Por lo tanto, consideramos que conceptos como los de significación clínica, juicio clínico y utilidad clínica se deben colocar en primera línea de la investigación conceptual y empírica en psiquiatría. La práctica basada en los valores parece constituir un buen punto de comienzo para este viaje.

Bibliografía

1. Kendler KS. Toward a philosophical structure for psychiatry. *Am J Psychiatry* 2005;162:433-40.
2. Sadler JZ. *Values and psychiatric diagnosis*. Oxford: Oxford University Press, 2005.
3. Mezzich JE, Berganza CE, von Cranach M et al. Idiographic (personalised) diagnostic formulation. *Br J Psychiatry* 2003;182(Suppl. 45):55-7.

por la WPA (3) y también en la American Guide for Psychiatric Diagnosis (GLADP) propuesta por la American Psychiatric Association (4).

La discusión que plantean Fulford y cols. de los valores en el diagnóstico psiquiátrico se centra en su implicación en la clasificación de los trastornos mentales correspondientes al Eje I del capítulo de los trastornos mentales de la CIE-10 (5) y a los Ejes I y II del DSM-IV (6). Podemos señalar que los valores tienen una importancia al menos similar a la de los ejes en los sistemas diagnósticos señalados, en lo que se refiere a los factores determinantes de funcionamiento o discapacidad y a los factores contextuales (problemas psicosociales ambientales y personales). Los conceptos de significado, contextualización y posibilidad de interpretación están muy relacionados con estos ejes.

Los valores también tienen una importancia sustancial en el caso del Eje IV (calidad de vida) en la IGDA (3) y en la GLADP (4). Se acepta de manera genérica que la evaluación de la calidad de vida debe estar fundamentada principalmente en las propias perspectivas del paciente. La amplia gama de contenidos implicados, desde el bienestar físico hasta la realización espiritual, es abordada en este tipo de eje de una manera personal y culturalmente adecuada. La consideración de este aspecto central de las perspectivas personales demuestra y refleja la importancia de los va-

lores en la evaluación científica de una cuestión que tiene una relevancia cada vez mayor para la comprensión de la salud y para la planificación de la asistencia sanitaria.

Las consideraciones señaladas sobre los valores y la evaluación de la salud deben tenerse en cuenta junto con las exigencias éticas del diagnóstico y de la asistencia (7). Los objetivos fundamentales del diagnóstico global son el tratamiento y la promoción de la salud centrados en las necesidades y los objetivos del paciente o de la persona que solicita asistencia.

Bibliografía

1. Mezzich JE. Comprehensive diagnosis: a conceptual basis for future diagnostic systems. *Psychopathology* 2002;35:162-5.
2. Schaffner K. Philosophical perspectives on diagnostic systems. Presented at the WPA International Congress, Florence, November 2004.
3. Mezzich JE, Berganza CE, von Cranach M et al. Essentials of the World Psychiatric Association's International Guidelines for Diagnostic Assessment (IGDA). *Br J Psychiatry* 2003;182(Suppl. 45):37-66.
4. Latin American Psychiatric Association.

Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico (GLADP). Guadalajara: University of Guadalajara Press, 2004.

5. World Health Organization. Multiaxial presentation of the ICD-10 for use in adult psychiatry. Cambridge: Cambridge University Press, 1997.
6. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed. Washington: American Psychiatric Association, 1994.
7. Mezzich JE, Schmolke M (eds). Comprehensive diagnosis, ethics and quality of life. *Psychopathology* 1999;32:117-67.

Eliminación de la brecha entre los hechos y los valores

JACINTA TAN

Ethox Centre, University of Oxford Old Road Campus, Oxford, RU

La declaración de Ginebra (1), promulgada en 1948, señala las funciones que debe desempeñar el médico y contempla la medicina como una vocación. Esta declaración está plagada de conceptos cargados de valor, como los de consagración, respeto, dignidad y honor, y llama la atención sobre los conceptos implícitos basados en valores que definen el papel fundamental de la profesión médica y su situación en la sociedad.

Durante el último decenio se ha observado el crecimiento del movimiento de la «medicina basada en la evidencia», en el que los ensayos clínicos de gran envergadura efectuados con asignación aleatoria y control han sido propuestos como las referencias para los paradigmas de la investigación médica (2). La Cochrane Library (3) asigna una jerarquía de credibilidad a los diferentes diseños de los estudios (3), lo que —a su vez— define lo que se considera una evidencia adecuada para las diferentes modalidades terapéuticas. En Reino Unido, esta jerarquía de la «mejor» evidencia es la base sobre la que se confeccionan las recomendaciones de la buena práctica clínica (4). Por su parte, estas recomendaciones determinan también los tratamientos que serán financiados por el National Health Service, marginando otros abordajes terapéuticos que pueden no responder a los requerimientos de la investigación «basada en la evidencia» (2). Todo ello ilustra el poder y la influencia de este modelo biomédico sobre el tratamiento de los pacientes, y también tiene una importancia práctica

en este debate planteado con respecto al tema de los valores y los hechos.

La ascendencia de «los hechos» en medicina no es nueva. Ya en 1973, Foucault contempló el desarrollo de la medicina moderna como una abstracción progresiva de la enfermedad respecto a la persona en su conjunto, con una atención cada vez mayor a los planos celulares o tisulares y con una despersonalización tanto del paciente como del médico, asociada a una valoración cada vez mayor de las pruebas analíticas (5). El modelo médico «factual» tiene ramificaciones interesantes. Este énfasis en los tratamientos «basados en la evidencia», en un contexto en el que las organizaciones y los profesionales deciden las medidas terapéuticas que se pueden poner a disposición de los pacientes, contradice los movimientos simultáneos hacia la asistencia centrada en el paciente, hacia la implicación del usuario en la investigación y hacia la capacidad de decisión por parte de los pacientes (6).

No obstante, existe el peligro de ir demasiado lejos en la dirección opuesta. Si sólo consideramos válidos los «valores» relativos, entonces únicamente la persona que presenta el fenómeno tiene el privilegio de determinar si sufre o no un problema que requiera atención médica, lo que reduce la medicina a un encuentro en el que «el cliente siempre tiene razón». La contemplación de un dominio totalmente relativo sería especialmente problemática en psiquiatría, una especialidad en la que la información y la capacidad para tomar decisiones (e incluso el yo auténtico) se pueden perder en ciertas fases de algunos trastornos mentales (7-10).

Así, ¿cómo podemos evitar estos errores similares y opuestos? Fulford y cols.

proponen una vía intermedia que permite la consideración tanto de «los hechos» como de «los valores». Ésta es una propuesta extremadamente atractiva que promete eliminar la brecha entre ambos elementos. Las dificultades principales en este abordaje son la credibilidad académica y la implementación práctica del modelo, así como la reeducación de los profesionales implicados. Fulford y cols. han efectuado claramente un primer avance en esta última tarea y sugieren varios recursos de carácter práctico que ya existen en la actualidad o que están siendo desarrollados.

Hay una necesidad clara de realizar más investigaciones y desarrollos en esta área, tanto para conseguir un reconocimiento y uso más generales como para proporcionar un fundamento riguroso a la exploración de los valores. El movimiento basado en la evidencia hizo un inmenso favor a la medicina al alejar la práctica clínica de los dominios de la arbitrariedad y al establecer métodos claros de investigación (3). De manera similar, el estudio y la discusión de los valores en la medicina en general, y en la psiquiatría en particular, debe convertirse en un proceso de características distintas —pero igualmente riguroso— dirigido hacia la investigación empírica y la formulación de los propios valores. La experiencia demuestra que es posible y que puede ser un enfoque muy fructífero (11, 12). A través del modelo de Fulford y cols., este tipo de investigación sería un complemento de la medicina «factual» basada en la evidencia, más que una sustitución de ésta. Así, se podría reintegrar el significado en la base de evidencia de la investigación, al tener en cuenta las perspectivas y las experiencias de los pacientes así como las variaciones individuales que no

se pueden incluir en los ensayos clínicos de gran envergadura efectuados con asignación aleatoria y control. Esta empresa de investigación empírica y desarrollo posiblemente tendría una dificultad mayor respecto al dominio de los valores, en comparación con la que ha tenido respecto al dominio de los hechos, pero esto no haría que dejáramos de intentarlo. Después de todo, no puede ser más difícil que intentar adherir a la declaración de Ginebra en sí misma.

Bibliografía

1. World Medical Association. Declaration of Geneva 1948. Ferney-Voltaire: World Medical Association, 1948.
2. Jones B. Putting the base in evidence-based medicine. *Progr Neurol Psychiatry* 2005;9:8-10.
3. Starr M., Chalmers I. The evolution of the Cochrane Library, 1988-2003. <http://www.update-software.com/publications/cochrane/history.pdf>.
4. National Institute for Health and Clinical Excellence. Welcome to NICE. London: National Institute for Health and Clinical Excellence, 2005.
5. Foucault M. The birth of the clinic. London: Routledge, 1973.
6. UK Department of Health. Patient choice. London: UK Department of Health, 2005.
7. Tan JOA, Hope T, Stewart A. Anorexia nervosa and personal identity: the accounts of patients and their parents. *Int J Law Psychiatry* 2003;26:533-48.
8. Charland LC. Appreciation and emotion: theoretical reflections on the MacArthur Treatment Competence Study. *Kennedy Inst Ethics J* 1998;8:359-76.
9. Charland LC. Cynthia's dilemma: consenting to heroin prescription. *Am J Bioeth* 2002;2:37-47.
10. Tan J. The anorexia talking? *Lancet* 2003; 362:1246.
11. Baldwin C, Hope T, Hughes JC et al. Ethics and dementia: the experience of family carers. *Progr Neurol Psychiatry* 2004;8:24-8.
12. Tan J, Hope T, Stewart A. Competence to refuse treatment in anorexia nervosa. *Int J Law Psychiatry* 2003;26:697-707.

Una mirada con los dos ojos y el corazón abiertos: la significación de la vida en el diagnóstico psiquiátrico

TOSHINORI KITAMURA

*Department of Clinical Behavioural Sciences
(Psychological Medicine),
University of Kumamoto, Japón*

La definición y la clasificación de los trastornos mentales han estado fundamentadas durante mucho tiempo en consideraciones del ámbito de la cognición. Los signos y síntomas, pese a que son cuantificados, se describen en términos cognitivos. Fulford y cols. sostienen que es necesario tomar conciencia del hecho de que el diagnóstico psiquiátrico está fundamentado tanto en hechos como en valores.

Los sistemas de valores de los individuos son aquellos que pueden reconocer y describir en términos cognitivos. Por ejemplo, «una buena fruta, o una fruta que es buena para comer» (tal como «un trastorno mental, o una mente alterada») constituye un término cargado de valor que puede ser replanteado como «una fruta que tiene buen color y aspecto jugoso» (o una mente que esta deprimida o sufre locura). Estos aspectos cualitativos (color y aspecto jugoso) son términos valorativos que describen aspectos cualitativos a través de medios cognitivos. Fulford y cols. también señalan que si los elementos valorativos muestran grandes diferencias, el juicio correspondiente será puesto en duda; es decir, si la fruta está buena o si la mente está alterada.

Entonces, ¿por qué los juicios acerca de los trastornos mentales son distintos en

cada persona, según sus propios valores, al contrario de lo que ocurre con los juicios emitidos acerca de los trastornos orgánicos? Por ejemplo, la tristeza se puede reconocer como algo patológico en algunos individuos, pero se considera normal (fisiológica) en otros. El DSM-IV define el trastorno depresivo mayor como una constelación de diversos síntomas de «melancolía», con exclusión de la presencia de enfermedades médicas o de los efectos de agentes químicos. Esta alteración puede aparecer tras «cualquier» forma de acontecimiento vital. No obstante, hay una excepción: el duelo o la «melancolía» que tienen lugar tras el fallecimiento de un familiar. El DSM-IV excluye del diagnóstico de episodio depresivo mayor a las personas con síntomas de «melancolía» que han sufrido recientemente la pérdida de un ser querido. El DSM-IV sólo permite el diagnóstico de un episodio depresivo mayor en una persona en situación de duelo si ésta muestra síntomas psicóticos o ideación suicida (problemas frente a los cuales es necesario el tratamiento). La razón es que los autores del DSM-IV consideraban que el duelo por la muerte de un ser querido es reconocido (tanto por los profesionales como por cualquier persona) como una situación que generalmente causa tristeza y que, por lo tanto, no es patológica (un juicio valorativo).

En el caso del duelo, en el que la inclusión del término «de un ser querido» es

completamente subjetiva, los clínicos se basan principalmente en la consideración de la intensidad del vínculo existente entre la persona que lo sufre y la persona desaparecida. La teoría psicodinámica indica que la persona que sufre el duelo es incapaz de apartarse del vínculo de carácter libidinoso que mantiene con la persona desaparecida (1). En este punto es importante el significado de la existencia de la persona desaparecida en la vida de la persona que sufre el duelo. Así, los valores sobre los que se fundamenta el diagnóstico psiquiátrico están muy relacionados con el significado específico del acontecimiento, de la situación y de las personas con las que está relacionada una persona concreta.

El término de duelo incluye la transformación del significado y el afecto asociados a la relación que mantiene el individuo que lo sufre con la persona desaparecida, y su objetivo es el de facilitar la supervivencia de la persona que lo sufre en una situación en la que ha desaparecido la otra persona, al tiempo que garantiza la continuidad de la relación con la persona desaparecida (2). Por tanto, la «posibilidad de diagnóstico» de este tipo de experiencia depende fundamentalmente de lo que percibe la persona que lo sufre en dicha circunstancia o situación.

Estoy de acuerdo en reconocer que el punto de vista basado en los valores (abiertos los ojos hacia los hechos y los valores) es más enriquecedor que empobrecedor para el diagnóstico psiquiátrico. Además,

los psiquiatras deberían abrir su corazón hacia los significados y los aspectos afectivos relacionados con las situaciones que experimentan los individuos en relación con sus trastornos mentales. El esfuerzo de los clínicos para abrir sus corazones a los de sus pacientes posiblemente haga que el diagnóstico psiquiátrico sea un terreno in-

cluso más fértil para el conocimiento de la mente humana.

Bibliografía

1. Moore BE, Fine BD. Psychoanalytic terms and concepts. New Haven: American Psy-

choanalytic Association and Yale University Press, 1990.

2. Hagman G. Beyond decathexis: toward a new psychoanalytic understanding and treatment of mourning. In: Neimeyer RA (ed). Meaning reconstruction and the experience of loss. Washington: American Psychological Association, 2001:13-31.

La necesidad de unos ojos entrenados para contemplar los hechos y los valores en el diagnóstico psiquiátrico

CORNELIUS W. VAN STADEN

Department of Psychiatry, University of Pretoria, Sudáfrica

La formación y la educación respecto al diagnóstico médico que recibieron los clínicos durante el siglo xx dio lugar a profesionales que podían contemplar y reconocer los hechos a través de su «mirada». Ahora necesitamos una sofisticación mayor, no sólo para abrir nuestro «ojo de los valores» sino para evitar una «agnosia visual» hacia los valores en el diagnóstico y la práctica médica. El artículo de Fulford y cols. ofrece un camino para este abordaje más sofisticado en el siglo xxi.

Personalmente, creo que una mayor sofisticación en nuestros conocimientos teóricos y prácticos acerca de los valores correspondientes al diagnóstico psiquiátrico constituiría un interesante desafío en diversos ámbitos: clínico, de investigación y de formación. Acerca de este conocimiento sobre los valores en el diagnóstico psiquiátrico, es importante destacar dos aspectos:

Contemplar y reconocer los aspectos y el alcance de los valores en el diagnóstico psiquiátrico. El ojo entrenado tiene una gran amplitud de visión respecto a las formas y el alcance de los valores. El ojo bien entrenado ve más allá de los simples valores bioéticos, los valores prescriptivos, los valores normativos e incluso los valores de tipo legal. Este ojo puede ver algo más que principios, virtudes, ideales, valores personales y valores religiosos. También puede ver los valores médicos, psiquiátricos, sociales, culturales y estéticos. Además, puede contemplar los valores de lo bueno y lo malo, lo correcto y lo equivocado, y los valores relacionados con las tareas, las obligaciones, las responsabilidades, etc. Por el contrario, una visión demasiado estrecha de las formas y el alcance de los valores impediría su reconocimiento y la determinación de si un valor concreto debe desempeñar o no algún papel en el proceso

del diagnóstico psiquiátrico clínico. Fulford y cols. ofrecen ejemplos convincentes de valores que son legítimamente pertinentes al diagnóstico. También ofrecen un ejemplo de valores que no deben desempeñar ningún papel en el diagnóstico psiquiátrico, como la influencia abusiva de los valores políticos sobre el diagnóstico psiquiátrico en la antigua Unión Soviética. No obstante, todavía hay dudas acerca de los (tipos de) valores que deberían o no deberían estar implicados en el establecimiento de los diagnósticos psiquiátricos. Esta cuestión debe plantearse en cada encuentro clínico, debido a que todas las decisiones diagnósticas están fundamentadas en valores, además de en hechos. Por otra parte, esta cuestión debe ser investigada más profundamente: tanto en el terreno de la práctica clínica como en el de la investigación, esta cuestión debería ser abordada con un ojo entrenado respecto a la contemplación de los distintos tipos de valores.

Identificar los valores y trabajar con ellos en el diagnóstico psiquiátrico. Las cuestiones de tipo práctico son: ¿cómo identificar y descubrir los valores (ocultos) que son pertinentes para el establecimiento de un diagnóstico? Además, ¿qué podemos hacer sobre ellos una vez que se han identificado dichos valores? Estas preguntas múltiples nos obligan a reconocer que el conocimiento y la capacidad para identificar los valores y para trabajar con ellos en el diagnóstico psiquiátrico van por detrás del conocimiento y la capacidad que poseemos respecto a los aspectos científicos del propio diagnóstico psiquiátrico. Fulford y cols. describen los recursos que se podrían aplicar de manera fructífera para abordar la necesidad de una sofisticación mayor con respecto a los valores, aunque todavía queda mucho camino por recorrer en cuanto a la formación, la investigación y la práctica diagnóstica convencional de los profesionales individuales de la salud mental.

No obstante, los recursos descritos por Fulford y cols. se sustentan sobre bases filo-

sóficas sólidas, y, en este momento, ya son evidentes avances importantes en la psiquiatría convencional, a pesar de que el proceso está aún en sus fases iniciales. Por otra parte, varias publicaciones y autoridades renombradas e internacionales de la psiquiatría han incorporado plenamente los aspectos valorativos del diagnóstico psiquiátrico, y se está luchando a brazo partido con las difíciles implicaciones que conllevan los diagnósticos y los sistemas de clasificación diagnóstica en psiquiatría (1-6). Estos avances tendrán también lugar, quizá, en la 14th Biennial Conference of the South African Society of Psychiatrists (14^a Reunión Bienal de la Sociedad Sudafricana de Psiquiatría) que se realizará en septiembre de 2006, bajo el lema «Hechos y valores en la práctica psiquiátrica».

La consideración seria de estos problemas, entre otros, proporcionaría a la psiquiatría un entrenamiento para contemplar los hechos y los valores en el diagnóstico, abriendo así el camino para su aplicación en el campo de la medicina general.

Bibliografía

1. Mezzich JE. Comprehensive diagnosis: a conceptual basis for future diagnostic systems. *Psychopathology* 2002;35:162-5.
2. Cox JL. Commentary towards a more integrated international system of psychiatric classification. *Psychopathology* 2002;35:195-6.
3. Sadler JZ. Values and psychiatric diagnosis. Oxford: Oxford University Press, 2004.
4. Van Staden CW. Diagnostic explanation and diagnostic understanding in psychiatry. *Curr Opin Psychiatry* 2003;16:667-72.
5. Mezzich JE, Berganza CE, von Cranach M et al. Idiographic (personalised) diagnostic formulation. *Br J Psychiatry* 2003;182(Suppl. 45):55-7.
6. Sadler JZ. Descriptions and prescriptions: values, mental disorders, and the DSMs. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2002.

Color para nuestros ojos

COLIN KING

*Martin Shaw King Trust, Goldsmith College,
University of London, RU*

Al revisar el artículo de Fulford y cols., quiero declarar que tengo que abrir tanto mi mente como mis emociones, en mi condición de hombre de raza negra, superviviente de un problema de salud mental y asistente social diplomado con un doctorado en filosofía. Quiero subrayar estas características debido a que uno de los problemas que presenta el artículo es el hecho de que sus autores no declaran su propia identidad (sus valores) ni tampoco de qué manera aplican sus propios valores —en colaboración, con amigos o con el concurso de asociaciones profesionales, en los ámbitos formales e informales— para mantener ambos ojos abiertos. En consecuencia, estos valores están ausentes, algo característico de las formas en las que la ciencia reclama la objetividad. La falta de consideración de la perspectiva del paciente desde el principio implica que los autores de este artículo defienden su propuesta en nombre propio, lo que socava la premisa global que subyace a su solicitud de una igualdad en la relación entre el paciente y el profesional.

El poder y la persuasión del artículo radican en que considera los problemas de los juicios de valor sociales y en que propone la contemplación de la disfunción del individuo, pero no explora realmente cómo influyen políticamente los valores de la sociedad sobre los juicios clínicos. Por ejemplo, cuando en el artículo se utiliza la metáfora de la fruta en relación con las tensiones existentes entre el elemento fáctico y el elemento valorativo, se ocultan los problemas más profundos que aparecen cuando se utiliza el color en relación con las personas, especialmente los hombres jóvenes de raza negra que representan el

problema principal con respecto a los valores culturales y con los diagnósticos erróneos. Así, la cuestión de lo que es comparativo o divergente oculta las implicaciones de poder, especialmente en lo que se refiere a los hombres de raza blanca, que se convierten en políticamente neutrales, de manera similar a la presencia de los autores en todo su artículo.

En el artículo se promociona una realidad que indica que la práctica basada en los valores es posible a pesar de la falta de consideración de los valores personales que aparecen de manera explícita en la etiqueta diagnóstica. La falta de consideración de estos valores desde el principio implica que la práctica basada en los valores se convierte en algo reaccionario más que innovador, dado que en el proceso de contemplación de nuestros propios valores puede ser demasiado doloroso admitir que corrompemos la ciencia al introducir etiquetas personales antes de realizar la evaluación. En el artículo no se expone esta vergüenza respecto a nuestros propios sesgos, así como tampoco la incapacidad de los profesionales para asociarse realmente con los pacientes en una forma de democracia política en la que el paciente pueda revelar una perspectiva que subraye las deficiencias de la práctica clínica y las injusticias. Así, mientras que los valores propuestos por el National Institute for Mental Health (NIMH) inglés subrayan el componente de «respeto» respecto al paciente, las presiones políticas y económicas que sufren los equipos de salud mental no reciben ninguna consideración, así como tampoco la forma con la que estas presiones influyen en las cuatro áreas fundamentales de la práctica clínica señaladas en el artículo: toma de conciencia respecto a los valores y a la diversidad de los valores, capacidad de razonamiento, conocimiento de los valores y capacidad de comunicación.

El problema implícito en todo el artículo es, por lo tanto, la ausencia de los autores y la falta de explicación de la manera en la que ellos mismos construyen, a través de sus propios valores, un conjunto de interlocutores imaginarios que responden a sus preguntas preestablecidas. Así, las historias personales de estos interlocutores no parecen importantes para comprender las razones por las que realizan sus propias preguntas y las formas en las que la raza, la clase social, el sexo y otras variables personales pueden influir en la complejidad de los valores y los hechos en el proceso de evaluación diagnóstica. Todo ello permite a los autores reforzar más que refutar o reevaluar su posición respecto a la complejidad real de los valores y los hechos, desde un abordaje centrado en el profesional.

La pregunta planteada por el cuidador facilita esta defensa del punto de vista romántico, al tiempo que evita examinar los cambios personales radicales que son necesarios para moverse realmente hacia una práctica basada en los valores y hacia la obtención de evidencia de esta transición, o bien para atribuir la responsabilidad de determinar este cambio al cuidador o al paciente. La cuestión relacionada con el relativismo ético es clave para la pretensión de sugerir que todos los valores humanos reciben una consideración igual, lo que niega la importancia de las consideraciones legales cuando aparecen conflictos entre los valores del paciente y los de la profesión psiquiátrica.

En conclusión, se plantea de nuevo un error en la práctica, pues los profesionales pueden compartir su información pero no la forma en la cual, en sus mundos internos, efectúan realmente juicios de valor respecto al paciente. Mediante el uso de las teorías filosóficas, todas las cuales son reflejo de una herencia europea o norteamericana, este artículo nos otorga permiso para abrir nuestros ojos frente a los valores y los hechos, al tiempo que nos indica que no necesitamos abrir nuestros corazones ni nuestras mentes.

World Psychiatry 2005; 3: 87-95

Errata: la primera referencia bibliográfica que aparece en el comentario «Mirando hacia atrás y hacia adelante. La suicidología y la prevención del suicidio: ¿hay perspectivas?» de J.P. Soubrier, que apareció en *World Psychiatry*, 3: 159-160, 2004, fue remitida y publicada de manera incorrecta. La referencia bibliográfica correcta es: Soubrier JP. Suicide prevention as a mission. Conferencia inaugural del 19° Congress of the International Association for Suicide Prevention, Adelaida, marzo de 1997.

Desmoralización, anhedonia y aflicción en los pacientes con enfermedad física grave

DAVID M. CLARKE, DAVID W. KISSANE, TOM TRAUER, GRAEME C. SMITH

Department of Psychological Medicine, Monash Medical Centre, Clayton, Australia

El concepto de desmoralización, en las personas que sufren enfermedades físicas, ha sido útil para considerar los estados disfóricos y, además, se puede diferenciar de otras formas de estado del ánimo. En nuestro estudio se reproducen los resultados obtenidos en estudios previos y se demuestra que es posible diferenciar la desmoralización de la anhedonia y de la aflicción. Los tres estados se relacionan más o menos bien con los instrumentos utilizados para evaluar la depresión (p. ej., el Beck Depression Inventory), aunque se diferencian en los estilos de superación y en el funcionamiento físico, familiar y social. Nuestros resultados confirman que la distinción entre la depresión con desmoralización y la depresión con anhedonia es útil y científicamente válida. Permite caracterizar con mayor detalle los estados disfóricos y ofrece un marco empírico para facilitar la investigación de la etiología y el tratamiento de la depresión.

Palabras clave: depresión, enfermedad médica, depresión reactiva, desmoralización, trastornos de adaptación, psicopatología

Los estados de depresión son frecuentes en las personas que sufren enfermedades médicas, con una tasa de prevalencia que oscila entre el 12 y el 30 % (1, 2). No obstante, hay una fuerte corriente de opinión que sostiene que ni los sistemas diagnósticos actuales ni los tradicionales han permitido evaluar adecuadamente el espectro y la naturaleza de los estados de ánimo que sufren las personas que padecen enfermedades médicas (3, 4); por otra parte, se observa también una ausencia de «diferenciación sindrómica» en la clasificación de la depresión (5).

En respuesta a estos hechos, nuestro grupo ha realizado un estudio relativo a la estructura latente de los síntomas en las enfermedades médicas, con objeto de desarrollar una clasificación de los síndromes de sufrimiento más significativos. En una muestra de 312 pacientes hospitalizados debido a una amplia gama de enfermedades físicas se identificaron y diferenciaron las dimensiones de desmoralización, anhedonia, aflicción, ansiedad autónoma y síntomas somáticos (6). La desmoralización se caracterizó por sentimientos de incapacidad de superación, sufrimiento, inquietud, indefensión, desesperanza, fracaso personal y soledad. La anhedonia se acompañó de pérdida de la capacidad para experimentar placer, con una pérdida concomitante del interés; la aflicción, por sentimientos de pérdida, con pensamientos intrusivos respecto a la pérdida, sufrimiento (remordimientos) y anhelos. Los pacientes con desmoralización mostraron dificultades mayores que los pacientes con depresión anhedónica (según las escalas de depresión y ansiedad del General Health Questionnaire, pero una disfunción social menor que éstos (7). A través de un método de clasificación numérica, estos hallazgos indican que hay tipos diferentes de depresión según predomine la anhedonia, la desmoralización o la aflicción.

En este estudio se ha intentado determinar si la clasificación propuesta se puede reproducir en otro grupo de pacientes con enfermedades médicas. Dado que los sentimientos de indefensión y desesperanza son básicos en el concepto de desmoralización, se decidió evaluar estos fenómenos en pacientes con enfermedades médicas para las que no existe un tratamiento curativo, es decir, pacientes con cáncer atendidos en una unidad de cuidados paliativos y pacientes con enfermedad de la neurona motora (ENM). Un objetivo adicional del estudio fue evaluar la validez convergente y discriminante de los factores (provisionalmente, la desmoralización y la anhedonia) mediante el estudio de la correlación entre diversas variables simultáneas. Nuestra hipótesis fue que la anhedonia y la desmoralización podrían estar fuertemente relacionadas con los parámetros estándar de la depresión, que en sí mismos son inespecíficos respecto al subtipo de depresión pero que se pueden diferenciar en función de la desesperanza y del

rasgo de optimismo. La desesperanza es fundamental en el concepto de desmoralización. Por otra parte, se ha demostrado que el rasgo de optimismo es un factor predictivo importante de la capacidad de superación (8) y, en el contexto de este estudio, se propuso que podía desempeñar un papel protector frente a la desmoralización. Otros parámetros evaluados fueron la actividad física, el estilo de superación, el apoyo social y el rasgo de ansiedad/neuroticismo.

MÉTODO

Pacientes

Los pacientes con cáncer metastásico fueron seleccionados de manera consecutiva en 15 unidades de cuidados paliativos del suroeste de Melbourne. Los pacientes con ENM también fueron seleccionados de manera consecutiva en consultas especializadas de Melbourne y Sydney y mediante invitación a través de las Motor Neuron Disease Associations de Victoria y Tasmania. Los criterios de exclusión fueron una afectación tan grave que el paciente no pudiera completar la entrevista y los cuestionarios, y el dominio insuficiente del idioma inglés. Las características demográficas y las correspondientes a la enfermedad en ambos grupos de pacientes se resumen en la tabla 1.

Los comités de ética de cada centro implicado aprobaron el protocolo de estudio, y todos los participantes otorgaron por escrito su consentimiento informado.

Entrevista y procedimiento de evaluación

La entrevista fue una adaptación del instrumento Monash Interview for Liaison Psychiatry (MILP), utilizado previamente (9). La entrevista original se simplificó mediante la eliminación de las preguntas relativas a la duración y a la causa. Se consideró que existían síntomas en el caso de que hubieran tenido lugar «a lo largo del último mes». La atribución de la «causa» de los síntomas físicos (es decir, si el síntoma se debe a una enfermedad médica, un medicamento, drogas o alcohol, problemas psicógenos o causas desconocidas) es difícil en este grupo de pacientes y, en consecuencia, se aplicó un abordaje «inclusivo» (10).

El análisis latente original de clases dio lugar a una dimensión que denominamos «anhedonia», consistente en cuatro elementos. Para reforzar este concepto, se añadieron cinco elementos adicionales relacionados con el grado de interés y de disfrute de

Tabla 1 Características demográficas y de la enfermedad en los pacientes evaluados

	Enfermedad de la neurona motora (n = 134)	Cáncer (n = 137)	Total (n = 271)
Edad (años, media $\pm$ DE)	62,7 ($\pm$ 11,4)	67,1 ($\pm$ 12,4)	64,9 ($\pm$ 12,1)
Sexo (% de mujeres)	38	43	41
País de nacimiento (% de pacientes nacidos en países de habla no inglesa)	19	18	18
Estado civil (%)			
– Casados	71	59	65
– Viudos	10	24	17
Situación de alojamiento (%)			
– Viven solos	13	27	20
– Viven con el cónyuge/compañero	52	58	55
– Viven con otros adultos	0,7	1,5	1,1
– Viven con la familia	24	14	19
– Viven en una residencia	11	0	5,2
Nivel de instrucción (%)			
– Secundaria incompleta	33	37	35
– Secundaria completa	45	42	44
– Nivel terciario completo	22	21	21
Religión (%)			
– Cristianos	70	77	73
– Otras	1,5	6,6	4,0
– Ninguna	28	17	23
Creencia en Dios (%)	66	69	68
Subtipo de cáncer (%)			
– Pulmonar		31	
– Gastrointestinal		18	
– Prostático		8,0	
– De mama		7,3	
– Dermatológico		4,4	
– Otros		31	
Subtipo de enfermedad de la neurona motora (%)			
– Esclerosis lateral amiotrófica	55		
– Bulbar	15		
– Atrofia muscular progresiva	6,7		
– Esclerosis lateral primaria	6,0		
– No registrado	18		
Duración de la enfermedad (meses, media $\pm$ DE)	30,6 ($\pm$ 34,7)	4,8 ($\pm$ 8,6)	17,5 ($\pm$ 28,2)
Tratamiento actual (%)			
– Esteroides	5,2	48	27
– Opioides	7,5	56	32
– Analgésicos no opioides	34	80	57
– Psicotrópicos	45	48	47
Antecedentes de tratamiento psiquiátrico (%)	24	30	27

terminado tras la revisión de otros cuestionarios, siendo el más pertinente la subescala de depresión de la Hospital Anxiety and Depression Scale (11).

La entrevista estuvo constituida por una sección de características demográficas y relacionadas con la enfermedad, y por 86 preguntas relativas a los dominios de síntomas somáticos, estado de ánimo, autoconcepto, ideación suicida y actividad. Todos los ítems del dominio de síntomas fueron calificados en una escala de 0 a 4 en función de que se produjeran: «nunca», «casi nunca», «en ocasiones», «a menudo» o «muy a menudo», respectivamente. La mayor parte de las entrevistas se realizó en el hogar de los pacientes. En el caso de los pacientes hospitalizados, se procuró un ambiente de privacidad para realizar la entrevista. A todos los pacientes se les permitió que hubiera un amigo o un familiar presente durante la entrevista, si así lo deseaban. Como parte de la entrevista, se aplicó la Beck Scale for Suicidal Ideation (SSI), descrita más adelante. A continuación, los pacientes completaron los instrumentos de autovaloración y los devolvieron por correo. En algunos casos no se completaron los cuestionarios de

autovaloración debido a fallecimiento o a empeoramiento de la enfermedad. Al final del estudio se habían completado 271 entrevistas y 251 cuestionarios.

Instrumentos

Los diversos aspectos de la salud y la actividad físicas fueron determinados mediante el Quality of Life Questionnaire Core 30 Items (QLQ-C30) de la Physical Functioning Scale de la European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC), y mediante una escala analógica visual del dolor.

El QLQ-30 es un instrumento de autovaloración validado en el que se consideran diversos dominios centrales de la calidad de vida (12). Se utilizaron los cinco ítems para evaluar el funcionamiento físico, cada uno de ellos valorado en una escala de 1 a 4 (QLQ-C30, versión 3.0). Se efectuó la suma de las puntuaciones de los ítems y después se estableció una puntuación en un intervalo de 0-100, de manera que las puntuaciones mayores indica-

ron una actividad física mejor. Esta escala presentó un coeficiente α de Cronbach de 0,84.

La escala analógica del dolor consistió en una línea de 10 cm sobre la que los pacientes valoraron su nivel actual de dolor. La medición se realizó en milímetros, con una puntuación de 0 a 100.

La depresión se evaluó mediante dos instrumentos: el BDI y el PHQ. El Beck Depression Inventory (BDI) ofrece una valoración dimensional de la depresión y es un instrumento que ha sido bien validado a lo largo de muchos años de experiencia (13). Se utilizó el BDI-II (14), una versión revisada de 21 ítems con respuestas valoradas en 4 puntos y con elementos relativos a los dominios del estado de ánimo (2 ítems), la anhedonia (2 ítems), la desesperanza (2 ítems), la actividad cognitiva (2 ítems), el autoconcepto (6 ítems), los síntomas físicos (4 ítems), el retraso psicomotor (1 ítem), el llanto (un elemento) y la pérdida de interés por el sexo (1 ítem). El BDI-II presentó un coeficiente α de Cronbach de 0,86 en nuestra muestra.

El Patient Health Questionnaire (PHQ-9) (15) es un cuestionario de autovaloración extraído de la Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME-MD) (16). Sus nueve preguntas permiten evaluar la presencia de los criterios del DSM-IV relativos al trastorno depresivo mayor a lo largo de un período de 2 semanas, utilizando una escala de respuesta Likert de 4 puntos. Tras la suma de las puntuaciones de los distintos ítems, la puntuación ≥ 10 corresponde a la presencia de un diagnóstico de trastorno depresivo mayor, con una sensibilidad del 88 % y una especificidad del 88 % (15). El PHQ tuvo un coeficiente α de Cronbach de 0,78.

El grado de desesperanza fue evaluado mediante la Beck Hopelessness Scale (BHS) (17), un cuestionario de 20 ítems con respuestas tipo «verdadero o falso», que permite evaluar las expectativas negativas respecto al futuro. En varios estudios se ha demostrado un grado elevado de congruencia interna y de validez del instrumento (p. ej., coeficiente de correlación de 0,62-0,74 con las valoraciones clínicas de desesperanza) (18). El coeficiente α de Cronbach del BHS en nuestra muestra fue de 0,89.

La ideación suicida y el deseo de la muerte fueron determinados mediante el instrumento SSI (19). La escala original estaba constituida por 19 ítems, cada uno de ellos con puntuaciones de 0, 1 o 2. Se eliminaron nueve ítems que parecían poco apropiados o demasiado «fuertes» para su uso en personas con una enfermedad terminal, de manera que finalmente se utilizaron los ítems 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10 y 14. La fiabilidad interna de estos 10 ítems en nuestra muestra fue de 0,86 mediante la aplicación del coeficiente α de Cronbach.

El rasgo de optimismo o de buena disposición se evaluó mediante el Life Orientation Test (LOT-R) (20). Es un cuestionario de autovaloración constituido por diez ítems, cada uno de ellos con una puntuación de 0 a 4, de manera que el intervalo de la escala es de 0-40. El coeficiente α de Cronbach para esta escala fue de 0,71 en nuestra muestra. En los pacientes con cáncer se ha demostrado que el rasgo de optimismo o de buena disposición se relaciona positivamente con la actitud de superación activa y negativamente con la actitud de evitación (21).

El rasgo de ansiedad fue determinado mediante el State-Trait Anxiety Inventory (STAI) (22). La escala del «rasgo» contiene preguntas referentes a cómo se siente, en términos generales, la persona consigo misma, e incluye 20 elementos con una puntuación de 1 a 4 en un intervalo de escala de 20-80. Su validez fundamentada en la relación con otros instrumentos de valoración del rasgo de ansiedad es buena, con correlaciones que oscilan entre 0,73 y 0,85 (22). Los rasgos de ansiedad y neuroticismo se asocian fuertemente a la vulnerabilidad frente a la depresión, tanto en presencia de enfermedad física (23) como en ausencia de ésta (24, 25). En nuestra muestra, el coeficiente α de Cronbach para la escala del rasgo de ansiedad fue de 0,90.

Los estilos de superación fueron determinados mediante el Medical Coping Modes Questionnaire (26), un instrumento de autovaloración constituido por 32 ítems en el que la escala de Likert de 4 puntos da lugar a tres subescalas: confrontación (con 8 ítems, intervalo de puntuación 8-32; coeficiente α de Cronbach = 0,66); evitación (7 ítems, intervalo 7-28; coeficiente α de Cronbach = 0,61); aceptación-resignación (4 ítems, intervalo 4-16; coeficiente α de Cronbach = 0,61). En general, el estilo de confrontación es utilizado con mayor frecuencia por los pacientes que sufren una enfermedad aguda potencialmente mortal, en comparación con los pacientes que presentan una enfermedad crónica (27). Por otra parte, el estilo de aceptación-resignación se observa característicamente en los pacientes con pocas expectativas de recuperación. La superación efectiva en las situaciones potencialmente mortales agudas se relaciona negativamente con el uso de los estilos de evitación o de aceptación-resignación, mientras que los pacientes con enfermedad crónica muestran con mayor frecuencia un estilo de superación del tipo aceptación-resignación (28).

La red social de apoyo fue determinada mediante los Índices of Social Functioning and Resources del Health and Daily Living Form (29). A partir de este instrumento se derivaron tres escalas: número de personas con una relación estrecha con el paciente (amigos íntimos y «personas con las que se podía contar para una ayuda real en el momento de aparición de los problemas»), número de actividades sociales con los amigos (durante el último mes) y calidad de las relaciones estrechas. Éste último parámetro se determinó a través de seis preguntas valoradas de 0 a 4, con un intervalo de 0-24 y un coeficiente α de Cronbach de 0,73 en nuestra muestra. Hubo una cuarta escala, el número de contactos en la red social de apoyo, que no pudo ser usada debido a la escasez de datos obtenidos.

La calidad de las relaciones familiares se determinó mediante el uso de tres escalas derivadas de la Family Environment Scale (30, 31). Este instrumento se ha utilizado con buenos resultados para caracterizar el funcionamiento de las familias que tienen un enfermo con cáncer (32). A partir de una escala de 12 elementos con respuestas del tipo «verdadero o falso» se derivaron escalas para la cohesión familiar (coeficiente α de Cronbach = 0,44), la expresión familiar (coeficiente α de Cronbach = 0,53) y el conflicto familiar (coeficiente α de Cronbach = 0,57).

Análisis estadístico

Todos los datos se introdujeron por duplicado en una base de datos, y se efectuó su verificación. Dado que todos los elementos utilizados en este estudio eran diferentes de los del estudio original en cuanto a contenido y codificación (6), se llevó a cabo un análisis de factores de carácter exploratorio, más que confirmatorio (el análisis del componente principal con rotación varimax). Se utilizó el Scree-test de Cattell para determinar el número de componentes que se debían conservar (33). Las puntuaciones de los componentes conservados se calcularon en cada paciente a través de la suma de las puntuaciones crudas de los elementos con una carga $\geq 0,45$. Después, se evaluaron los parámetros definidos por estas dimensiones mediante el uso de una serie de análisis bifactoriales y de regresión. Las comparaciones entre los componentes de estos análisis y los del estudio original (6) se realizaron a través del coeficiente de congruencia (CC) (34) entre las cargas respectivas.

A pesar de que no hay reglas estrictas para el cálculo del tamaño de las muestras que permitan los análisis de factores, generalmente se requieren muestras superiores a 200 para garantizar una estabilidad de las estimaciones (35). Según Green (36), el tamaño necesario de la muestra en una ecuación de regresión múltiple utilizando hasta 10 variables predictivas debe ser superior a 130. Esta

Tabla 2 Cargas relativas de los items en el análisis de los componentes principales

	1	2	3
Desesperanza	0,718	0,276	0,014
Desesperación	0,711	0,226	0,090
Melancolía	0,684	0,261	0,045
Estado de ánimo depresivo, caído, triste	0,635	0,316	0,141
Rabia	0,612	0,234	0,045
Pesimismo	0,605	0,310	0,114
Desánimo, desaliento	0,593	0,266	0,098
Llanto	0,583	0,013	0,071
Ansiedad, aprensión	0,551	0,233	0,180
Incapacidad de superación	0,547	0,286	0,141
Deseo de morir	0,547	0,231	-0,002
Inquietud, imposibilidad de relajación	0,535	0,091	0,045
Ansiedad con angustia	0,532	0,035	0,225
Sensación de vulnerabilidad exagerada	0,525	0,217	0,006
Autocompasión	0,513	0,294	0,112
Excitación, los nervios a flor de piel	0,507	0,224	0,141
Irritabilidad	0,504	0,118	0,117
Indiferencia, despersonalización	0,500	0,245	0,071
Ideación suicida	0,481	0,043	-0,066
Pensamientos de muerte	0,477	0,110	0,149
Indefensión	0,475	0,261	0,058
Sensación de asfixia	0,453	-0,073	0,230
Pérdida de interés por hacer cosas con los demás	0,114	0,762	0,007
Incapacidad para disfrutar al hacer cosas con los demás	-0,021	0,728	0,051
Incapacidad para disfrutar al hacer cosas solo	0,073	0,723	0,164
Pérdida de interés por hacer cosas solo	0,218	0,652	0,171
Dificultad para disfrutar de las cosas	0,211	0,583	0,192
Retraimiento social	0,137	0,552	0,099
Pérdida de las ganas de hacer cosas	0,415	0,543	0,042
Pérdida del interés por el aspecto personal	0,213	0,510	0,041
Dificultades para hacer cosas	0,139	0,496	0,172
Incapacidad para reír	0,212	0,457	-0,007
Dolor o molestias abdominales	0,051	-0,019	0,614
Náuseas	-0,124	0,044	0,596
Vómitos o regurgitación	-0,052	-0,028	0,556
Sofocos, escalofríos	182	-0,044	0,494
Dolor o molestias torácicas	0,045	0,079	0,484
Cansancio, fatiga	-0,021	0,240	0,480
Sequedad de boca	0,094	0,044	0,474
Cansancio fácil	-0,024	0,176	0,471
Sensación de repleción, distensión	0,072	0,024	0,460
Falta de recuperación tras el descanso	0,157	0,373	0,344
Tensión, molestias, irritación	0,392	-0,082	0,270
Temblores, contracturas, agitación	0,388	-0,145	0,206
Lumbago	0,252	0,019	0,391
Dolores articulares	0,396	-0,054	0,310
Rigidez articular	0,405	-0,106	0,216
Sensación de tener un nudo en el estómago	0,333	-0,070	0,438
Sensación de tener un nudo en la garganta	0,186	-0,040	0,305
Dificultades con la deglución	0,371	-0,104	0,122
Lengua pastosa, mal sabor de boca	0,104	0,024	0,425
Diarrea	0,074	0,011	0,271
Defecaciones frecuentes	-0,023	0,017	0,267
Palpitaciones, taquicardia	0,165	0,122	0,340
Cefalea	0,169	0,121	0,346
Vértigos, mareos	0,090	0,135	0,291
Entumecimiento, hormigueos	0,136	0,056	0,304
Dificultades para respirar, disnea	-0,006	0,214	0,404
Visión borrosa	0,000	0,181	0,332
Pérdida de la reactividad del estado de ánimo	0,288	0,332	0,097
Dificultades para compartir la felicidad de los demás	0,266	0,414	-0,040
Incapacidad para disfrutar de un buen libro	0,076	0,333	0,136
Disminución de la conversación	0,302	0,208	0,039
Retraso psicomotor	0,163	0,242	0,256
Agitación psicomotriz	0,439	0,071	0,116
Insomnio al inicio o en la parte media de la noche	0,190	0,005	0,331
Despertar temprano	0,097	0,182	0,348
Facilidad para el sobresalto	0,334	0,087	0,128
Pérdida «de la cabeza», pérdida de control	0,449	0,137	0,013
Sensación de muerte inminente	0,384	0,151	0,198
Dificultades para razonar	-0,042	0,341	0,324
Agorafobia	0,348	0,235	-0,063
Sensación de inutilidad	0,337	0,279	0,001
Pérdida de la confianza	0,393	0,370	0,000
Sentimientos de culpa	0,306	0,282	0,068
Comportamiento suicida	0,130	0,126	0,024

estimación supone intensidades de efecto moderadas (p. ej., coeficientes de regresión β de 0,20, intercorrelaciones moderadas entre los elementos predictivos y $\alpha = 0,05$). Por lo tanto, nuestro objetivo fue conseguir un tamaño de muestra de 250 pacientes: 125 con cáncer y 125 con enfermedad de la neurona motora.

RESULTADOS

Análisis de los factores

En 271 casos los datos eran suficientemente completos como para ser incluidos en el análisis del componente principal (ACP). Dos ítems relacionados con la función sexual fueron poco respondidos y, por lo tanto, eliminados del análisis. Las preguntas relativas a la aflicción sólo se realizaron en los casos de respuesta afirmativa a una pregunta «señuelo» («¿Se siente como si hubiera perdido a algún ser querido?»). Estos ítems fueron eliminados del ACP principal y considerados por separado. Así, en el ACP principal quedaron 76 ítems.

La aplicación del Scree-test de Cattell a los resultados del ACP indicó claramente que se debían retener tres componentes. Estos tres componentes explicaron el 13,2, el 8,3 y el 6,8 % de la varianza, es decir, un 28,3 % de la varianza conjunta (v. tabla 2). El primer componente se corresponde bien con el concepto de desmoralización, en el que las cargas mayores se observan en los elementos de desesperanza, desesperación, melancolía, depresión, rabia, pesimismo, desánimo, llanto, ansiedad, incapacidad de superación y deseo de muerte. El segundo componente es claramente la anhedonia, con cargas mayores en los elementos de disminución del interés e incapacidad para disfrutar de las actividades realizadas a solas o con otros. El tercer componente estuvo constituido por los síntomas físicos (síntomas gastrointestinales, fatiga). Treinta y cinco

ítems (casi la mitad) no alcanzaron cargas de 0,45 o superiores en ninguno de los tres componentes.

En los 212 pacientes que reconocieron un «sentimiento de pérdida», los 5 ítems de aflicción fueron incluidos en el análisis de los componentes principales, de la manera ya señalada. Todos los ítems presentaron una carga $\geq 0,45$ en alguno de los factores, lo que explicó el 53 % de la varianza (v. tabla 3).

La comparación del componente 1 de la solución de tres factores con la dimensión de desmoralización obtenida en nuestro estudio original (6) demostró un CC de 0,87. La comparación del componente 2 con la dimensión de anhedonia obtenida en el estudio original demostró un CC de 0,60. La comparación del componente de aflicción con la dimensión de aflicción del estudio original mostró un CC de 0,98.

Desarrollo de las puntuaciones dimensionales

Las puntuaciones de las escalas relativas a la desmoralización, la anhedonia y la aflicción se obtuvieron mediante la suma de las puntuaciones de cada ítem con una carga superior a 0,45. En el caso de la aflicción, sólo se calculó la puntuación de aflicción en los pacientes que respondieron afirmativamente a la pregunta «señuelo» ($n = 212$).

Tabla 3 Carga relativa de los elementos de aflicción en el análisis de los componentes principales

Pensamientos acerca del objeto de la pérdida	0,76
Remordimientos (dificultades al pensar en el objeto de la pérdida)	0,82
Recuerdos, imágenes mentales o sueños relativos al objeto de la pérdida	0,55
Anhelos y lamentos por la recuperación del objeto de la pérdida	0,80
Llanto por la pérdida	0,68

Tabla 4 Relaciones de la desmoralización y la anhedonia con los parámetros dimensionales

	Desmoralización (n = 229-270)	Anhedonia (n = 229-270)	Aflicción (n = 181-212)
Variables demográficas y de la enfermedad			
Edad	-0,23***	-0,01	-0,28***
Duración de la enfermedad	0,17**	0,01	0,14*
Actividad física	-0,29***	-0,25***	-0,09
Dolor	0,20**	0,22***	0,05
Estado de ánimo y sensación de desesperanza			
BDI-II	0,62***	0,59***	0,37***
PHQ-9	0,55***	0,50***	0,35***
Desesperanza (BHS)	0,45***	0,37***	0,33***
Ideación suicida (SSI)	0,42***	0,23***	0,28***
Parámetros de rasgos o de personalidad			
Rasgo de optimismo (LOT-R)	-0,36***	-0,29***	-0,22**
Rasgo de ansiedad (STAI)	0,64***	0,46***	0,34***
Superación mediante confrontación	0,09	0,01	0,10
Superación mediante evitación	0,25***	0,09	0,32***
Superación mediante aceptación-resignación	0,45***	0,32***	0,32***
Características sociales y familiares			
Número de actividades sociales/mes	0,08	-0,18**	0,18*
Número de personas con las que tiene una relación estrecha	-0,15*	-0,21***	-0,07
Calidad de las relaciones más importantes	-0,29***	-0,17**	-0,22**
Cohesión familiar	-0,20**	-0,10	-0,06
Expresión familiar	-0,26***	-0,15*	-0,18*
Conflictos familiares	0,11	0,06	0,09

BDI-II: Beck Depression Inventory-II; BHS: Beck Hopelessness Scale; LOT-R: Life Orientation Test-Revised; PHQ-9: Patient Health Questionnaire-9; SSI, Scale for Suicidal Ideation; STAI: State-Trait Anxiety Inventory.

*p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001.

En el caso de la desmoralización, se excluyó el ítem «sensación de asfixia», debido a que se consideró conceptualmente irrelevante, a que su carga en el ACP fue marginal (0,453) y a que presentó relaciones débiles con los demás elementos. Los coeficientes α de Cronbach fueron 0,92, 0,86 y 0,77 para la desmoralización, la anhedonia y la aflicción, respectivamente. Las escalas de desmoralización y anhedonia mostraron una correlación de 0,51; las de desmoralización y aflicción, de 0,66, y las de anhedonia y aflicción, de 0,35.

Análisis bifactoriales

En la tabla 4 se muestran las correlaciones entre las puntuaciones de las escalas y los parámetros concurrentes. Cada escala se relacionó fuertemente con las mediciones de depresión (PHQ-9 y BDI), desesperanza e ideación suicida. También se halló correlación entre esas escalas y el rasgo de ansiedad y, en un grado menor aunque significativo, entre las escalas y el rasgo de optimismo y la actitud de superación mediante aceptación-resignación. El funcionamiento físico y el dolor se relacionaron con la desmoralización y la anhedonia, pero no con la aflicción.

La desmoralización y la anhedonia se diferenciaron en diversas variables, de manera que la edad, la duración del diagnóstico y la superación mediante evitación se relacionaron significativamente con la desmoralización (y con la aflicción), pero no con la anhedonia. Con respecto a los parámetros sociales y familiares, el número de actividades sociales y de relaciones personales estrechas se relacionó intensamente de manera negativa con la anhedonia, mientras que la calidad de las relaciones estrechas se relacionó sig-

nificativamente (aunque no de manera intensa) con todas las dimensiones. Por otra parte, las determinaciones del funcionamiento familiar (específicamente, la cohesión y la expresión familiares) se relacionaron de manera negativa e intensa con la desmoralización.

En cuanto a las variables categoriales (tabla 5), hubo diferencias significativas respecto al diagnóstico (los pacientes con cáncer mostraron una anhedonia mayor, los pacientes con ENM presentaron una desmoralización mayor), el tipo de alojamiento del paciente (las personas que vivían con sus familias presentaron los niveles mayores de desmoralización y aflicción), la creencia en Dios (los pacientes sin esta creencia fueron los que experimentaron niveles mayores de desmoralización y anhedonia), los antecedentes psiquiátricos (asociados a puntuaciones mayores en la desmoralización y la anhedonia), el trastorno depresivo mayor (asociado a puntuaciones mayores en todos los parámetros) y la presencia actual de tratamientos (los antidepresivos se asociaron a desmoralización y aflicción).

Análisis multifactoriales

Se llevó a cabo una serie de análisis de regresión múltiple en los que las variables dependientes fueron la desmoralización, la anhedonia y la aflicción, utilizando distintos grupos de variables independientes. Se adoptó el criterio convencional de significación estadística ($p < 0,05$). Los modelos con un mayor poder explicativo se recogen en la tabla 6).

Con respecto a la desmoralización, el rasgo de ansiedad y la edad fueron factores contribuyentes importantes, como también

Tabla 5 Asociación de la desmoralización y la anhedonia con los parámetros categoriales (test t y ANOVA)

	Desmoralización		Anhedonia	Aflicción	
	Número	Media	Media	Número	Media
Sexo					
– Mujer	109	20,82	12,45	183	6,55
– Varón	160	20,16	13,10	127	7,46
Régimen de alojamiento					
– Vive solo	54	16,28	14,24	40	5,43
– Vive con el cónyuge/compañero	149	19,36	12,38	111	6,93
– Vive con otro adulto	3	20,33	16,67	3	8,33
– Vive con la familia	51	27,59	13,71	45	9,36
– Vive en una residencia	14	4,36***	8,79	13	6,08***
Diagnóstico					
– Cáncer	137	16,91	14,08	96	5,72
– Enfermedad de la neurona motora	134	24,30****	11,62*	116	8,29****
Creencia en Dios					
– Sí	177	19,12	11,79	137	6,61
– No	85	23,32*	14,51**	67	7,99
Antecedentes psiquiátricos					
– Sí	71	25,32	15,45	60	7,92
– No	193	18,55****	11,68****	145	6,74
Trastorno depresivo mayor					
– Sí	37	35,51	21,65	32	9,81
– No	212	17,71****	11,49****	164	6,49****
Tratamiento actual con antidepresivos					
– Sí	63	26,16	13,22	54	8,35
– No	208	18,87****	12,75	158	6,71*
Tratamiento actual con sedantes o ansiolíticos					
– Sí	91	24,34	15,21	68	8,47
– No	180	18,65***	11,68**	144	6,49***

* $p < 0,05$; ** $p < 0,02$; *** $p < 0,01$; **** $p < 0,001$.

Tabla 6 Resultados de los análisis de regresión

Desmoralización	Coefficiente	t	p
Rasgo de ansiedad	0,73	8,69	< 0,001
Edad	-0,26	-4,21	< 0,001
Superación mediante aceptación-resignación	1,00	3,36	0,001
Superación mediante evitación	0,62	2,99	0,003
Diagnóstico	4,08	2,79	0,006
Calidad de las relaciones más importantes	-0,46	-2,44	0,015
Cohesión familiar	-,178	-2,17	0,031
Superación mediante confrontación	0,39	2,13	0,034
Antecedentes psiquiátricos	3,13	1,97	0,05
Anhedonia			
Rasgo de ansiedad	0,28	4,92	< 0,001
Diagnóstico	-3,67	-3,72	< 0,001
Actividad física	0,05	-2,93	0,004
Superación mediante aceptación-resignación	0,51	2,38	0,018
Antecedentes psiquiátricos	2,57	2,33	0,021
Creencia en Dios	2,01	-1,95	0,052
Aflicción			
Diagnóstico	2,52	4,25	< 0,001
Rasgo de ansiedad	0,12	3,99	< 0,001
Superación mediante evitación	0,34	3,97	< 0,001
Calidad de las relaciones más importantes	-0,23	-3,03	0,003
Edad	-0,06	-2,27	0,025
Superación mediante confrontación	0,17	2,15	0,033

—aunque en menor medida—los antecedentes psiquiátricos, el diagnóstico (mayor grado de desmoralización en los pacientes con ENM), y el estilo de superación (confrontación, aceptación-resignación, evitación), la cohesión familiar y la calidad de las relaciones personales más estrechas. Este modelo explicó el 57 % de la varianza. Con respecto a la anhedonia, el rasgo de ansiedad, el tipo de diagnóstico (mayor nivel de anhedonia en los pacientes con cáncer) y los antecedentes psiquiátricos fueron factores contribuyentes importantes, como también la actividad física. La creencia en un dios también contribuyó, pero no así la edad. Este modelo explicó el 30 % de la varianza. En cuanto a la aflicción, el rasgo de ansiedad, la edad y el diagnóstico fueron factores significativos, como también el estilo de superación mediante confrontación y evitación, y la calidad de las relaciones más estrechas; este modelo explicó el 33 % de la varianza.

DISCUSIÓN

En este estudio se ha intentado reexaminar la estructura latente de los principales síntomas disfóricos en un grupo de pacientes con enfermedades médicas. Los resultados son paralelos a los obtenidos en un estudio previo (6) en cuanto a tres dimensiones bien definidas: la desmoralización, la anhedonia y la aflicción. Aunque el actual ha sido un estudio de replicación, la forma de utilización de los datos no ha sido idéntica a la aplicada previamente. Tal como ya se ha señalado, se seleccionaron los grupos de pacientes en los que se podría esperar una incidencia elevada de sentimientos de indefensión y desesperanza. En consecuencia, no se evaluó la morbilidad psiquiátrica, aunque se incluyeron todos los pacientes disponibles, con objeto de conseguir que los datos fueran más generalizables. En segundo lugar, los síntomas fueron calificados según su intensidad más que según su presencia o su ausencia, lo que ofrece una representación más real de su naturaleza dimensional. En tercer lugar, no se intentaron efectuar juicios de atribución respecto a los síntomas físicos. A pesar de estas diferencias, se obtuvo una estructura sintomática muy similar.

Por otra parte, se evaluó la validez concurrente, tanto convergente como discriminante. El primer resultado fue que las tres dimensiones se relacionaron significativamente con las medidas habituales de la depresión, el BDI y el PHQ-9. El BDI es una escala de depresión general que incluye diversos ítems relativos a las áreas cubiertas por la desmoralización (desesperanza, autoconcepto negativo) y por la anhedonia (pérdida de interés, pérdida de la capacidad de disfrute). El PHQ-9 refleja los nueve criterios sintomáticos del trastorno depresivo mayor contemplado en el DSM-IV y, así, incluye los criterios de disminución del interés y de la capacidad de disfrute, el sentimiento de inutilidad y los pensamientos de muerte. Además, las tres dimensiones mostraron una asociación intensa con el rasgo de ansiedad. El instrumento utilizado para determinar esta asociación, el STAI, no es —de hecho— un instrumento puro para evaluar la ansiedad, sino que también determina la depresión (37). Por lo tanto, los resultados obtenidos apoyan el concepto de que las tres dimensiones (desmoralización, anhedonia y aflicción) son componentes de las conceptualizaciones actuales de la depresión. Es destacable el hecho de que fue la desmoralización, más que la anhedonia, la que se asoció a un uso mayor de antidepresivos. Esta asociación parece ir en contra de la consideración tradicional de la anhedonia como indicador de la denominada depresión biógena (38) y sugiere que, al menos de manera intuitiva, los clínicos pueden considerar susceptibles de tratamiento los cuadros de depresión acompañados de desmoralización.

Por otra parte, se observaron diferencias notables especialmente en las asociaciones de los parámetros concurrentes con la desmoralización y la anhedonia. La disfunción física contribuyó de manera específica a la anhedonia, mientras que la ausencia de cohesión familiar, la calidad de los apoyos sociales y la estrategia de superación mediante evitación se asociaron específicamente a la desmoralización. La desmoralización en sí misma no se asoció significativamente a la gravedad de la enfermedad ni al grado de funcionamiento físico en el análisis multifactorial, lo que no quiere decir que la enfermedad física no esté relacionada con la desmoralización. Por el contrario, son la enfermedad física y la expe-

riencia que tiene el paciente acerca de ella las que establecen el contexto en el que se originan los sentimientos de indefensión. No obstante, lo que indica este resultado es que, dada una situación concreta de enfermedad física grave, hay una gama de factores psicológicos y sociales que contribuyen con mayor intensidad a la aparición de desmoralización, en comparación con los factores relacionados con la propia enfermedad física. Según el modelo descrito por Lazarus y Folkman (39), la superación depende del enfoque que tiene el paciente de la situación (como una amenaza o un reto) y de sus comportamientos de superación. Greer y Watson (40) han demostrado que si los pacientes contemplan el cáncer como una amenaza sobre la que tienen muy poco control, posiblemente presentarán sentimientos de indefensión y desesperanza.

La forma en la que la persona supera una enfermedad depende, por lo tanto, de las creencias y suposiciones con las que se enfrenta la situación, es decir, creencias y suposiciones acerca de sí misma y de la enfermedad, acerca de su vida y de la mejor actitud posible, acerca de su sentido de la competencia y del control (41, 42). La enfermedad grave cuestiona muchas suposiciones, especialmente en las personas jóvenes, facilitando la aparición de sentimientos de indefensión, soledad y vergüenza (43). Los efectos de estos sentimientos pueden quedar amortiguados por la existencia de relaciones sociales y de apoyo sólidas. En un trabajo aún no publicado, nuestro grupo ha observado que la desmoralización se asocia intensamente a la sensación de dificultad para comprender, otorgar significado y manejar al mundo por parte del paciente, es decir, dificultades en lo que Antonovsky ha denominado «sentido de coherencia» (44). La idea de control y de «posibilidad de control de la enfermedad» también es importante en el desarrollo de la depresión en las personas con esquizofrenia (45).

El concepto de desmoralización fue introducido en psiquiatría por Jerome Frank (46), que señaló: «[...] brevemente, el estado de desmoralización es un estado de desesperanza, indefensión y aislamiento en el que la persona está preocupada por la simple idea de la supervivencia». El trabajo epidemiológico de Dohrenwend y cols. confirmó la validez de este concepto (47). McHugh y Slavney incorporaron la desmoralización en su marco *Perspectives of Psychiatry* (48), en el que algunos problemas psiquiátricos son considerados enfermedades cerebrales (entre ellos, la depresión mayor), mientras que otros son considerados cuadros de naturaleza dimensional y psicológica. Por otra parte, Fava y cols. (49) y Kissane y cols. (50) han desarrollado de manera independiente criterios operativos para una categoría de desmoralización. El extenso trabajo de Fava y cols. demuestra que la desmoralización es frecuente en los pacientes con enfermedades médicas, con una prevalencia del 29 % en las pacientes con cáncer de mama (51) y del 34 % en los pacientes con enfermedades endocrinas (52). El criterio utilizado en estos últimos estudios requiere que el sentimiento de desmoralización (sensación de incapacidad para superar la situación, de desesperanza, de indefensión, de abandono y de imposibilidad de cumplir las expectativas) anteceda a las manifestaciones de la enfermedad médica o exacerbe sus síntomas. Esta relación concuerda con el enfoque psicosomático tradicional y con la idea de Engel (53), pero parece algo restrictiva. Nuestra experiencia indica que el síndrome de desmoralización aparece generalmente en el contexto de una enfermedad médica y que representa un concepto útil, incluso si se lo considera como un fenómeno secundario y una respuesta al conocimiento de la enfermedad.

Una de las dificultades ha sido determinar si la desmoralización se debe considerar un elemento normal o bien un «trastorno». Es frecuente escuchar a las personas que comenten que alguien está «desmoralizado», como si esta situación no fuera demasiado importante. Slavney (54) considera que la desmoralización es una reacción normal y la coloca en la jerarquía de trastornos psiquiátricos inmediatamente por detrás de los trastornos de adaptación, incluso a pesar de reconocer que puede acompañarse de síntomas

neurovegetativos, de pesimismo y de ideación suicida. Otros autores describen la desmoralización como una reacción de aflicción o como una depresión de situación o reactiva (p. ej., 55). Este conflicto subraya la existencia de un uso ligeramente diferente del término, así como de una cierta confusión respecto al concepto de «normalidad». No obstante, los datos relativos a la validez del concepto (es decir, demostrativos de la existencia del fenómeno) son firmes. Son necesarios nuevos estudios de investigación para determinar el grado de disfunción asociado a la desmoralización, así como su valor en la predicción de la evolución y de la respuesta al tratamiento. Los datos preliminares indican que el grado de dificultad asociado a la desmoralización es comparable o incluso superior al de otras formas de depresión, aunque la intensidad de la disfunción social es menor (7).

Siguiendo a McHugh y Slavney (48), pero no a Fava y cols. (49), consideramos que la desmoralización se debe contemplar mejor como un fenómeno dimensional. Sin embargo, no creemos que siempre sea una respuesta «normal», a pesar de que pueda ser comprensible. La desmoralización puede ser leve o intensa y, en este segundo caso, puede dar lugar a una desesperación existencial profunda, con deseos de muerte. De acuerdo con este punto de vista dimensional y con el concepto descrito en este artículo, nuestro grupo ha desarrollado un instrumento de autovaloración constituido por 24 ítems de desmoralización para determinar los aspectos de disforia, descorazonamiento, fracaso personal y pérdida de los significados y los objetivos. Esta escala ha mostrado un elevado nivel de fiabilidad interna, con un coeficiente α de Cronbach de 0,94 en una muestra de 100 pacientes con cáncer avanzado (56).

A continuación, vamos a considerar la anhedonia, que también se pudo identificar claramente en el análisis de los factores. El concepto de anhedonia fue introducido por Ribot en 1896 para definir la falta de sensibilidad frente al placer, en analogía a la analgesia (38). Desde entonces, este término se ha utilizado de manera más genérica, en ocasiones para denominar un rasgo de capacidad hedónica (57) y, en ocasiones, para señalar un fenómeno de estado (58). En este último contexto, Klein ha descrito la anhedonia como una «alteración intensa, arreactiva y penetrante de la capacidad de experimentar placer o de responder afectivamente a la anticipación del placer» (58). La importancia de la anhedonia en la clasificación de la depresión ha presentado variaciones a lo largo de los años (59). Fue introducida en el DSM-III como un criterio necesario para la melancolía (60); en el DSM-III-R quedó reducida a un síntoma, dentro de un grupo de nueve (61), mientras que en el DSM-IV es un síntoma dentro de un grupo de dos (el otro síntoma es la reactividad del estado de ánimo), siendo necesario que aparezca al menos uno de ellos (62). Por lo tanto, parece que en este momento no se acepta plenamente la propuesta de Klein (58) y de otros autores (38) de que la anhedonia constituya el aspecto fundamental de la denominada depresión biógena.

En nuestro estudio, la anhedonia se ha asociado a la menor actividad física, después de descartar los efectos introducidos por otras variables en el análisis de regresión. La anhedonia ha sido considerada en las personas con enfermedades médicas (junto con la apatía) como un trastorno de origen neurológico (63, 64). A menudo, los pacientes que permanecen en las fases avanzadas del cáncer se suelen sentir físicamente mal y muestran afectación de múltiples órganos, al contrario de lo que ocurre con los pacientes que presentan ENM (65); por lo tanto, es posible que la anhedonia en este contexto tenga realmente una causa «física». Es interesante la observación de la diferencia entre ambos grupos clínicos, de manera que los pacientes con cáncer presentaron niveles mayores de anhedonia, mientras que los pacientes con ENM mostraron niveles mayores de desmoralización. Esta diferencia puede estar relacionada, en parte, con factores de la propia enfermedad física y, en parte, con la experiencia psicológica de la enfermedad, de manera que los pacientes con ENM se suelen sen-

tir físicamente mejor, son generalmente más jóvenes y padecen la enfermedad durante un período de tiempo mayor. Son necesarios nuevos estudios de investigación para evaluar las diferencias entre las formas en que los pacientes experimentan la enfermedad.

El concepto de que la depresión con anhedonia se puede diferenciar de la depresión con desmoralización también parece pertinente en los ancianos. Se ha señalado que las emociones negativas experimentadas con mayor frecuencia por los ancianos que presentan enfermedades médicas crónicas son la tristeza y la soledad (66), ambas típicas de la desmoralización. Por el contrario, en el centro de Baltimore del Epidemiologic Catchment Area Program se observó la existencia de dos grupos bien diferenciados en una encuesta comunitaria realizada a pacientes mayores de 50 años de edad con trastorno depresivo mayor: los pacientes con tristeza y los que no presentaban tristeza (un cuadro denominado «depresión sin tristeza») (67). Este segundo grupo presentó anhedonia como criterio de depresión mayor. Ambos grupos mostraron una alteración funcional significativa y de grado similar. Son necesarios estudios con seguimiento para determinar si ambos síndromes muestran una evolución diferente.

Los resultados obtenidos en nuestro estudio indican la influencia de los diferentes estilos de superación y de la religiosidad. El estilo de superación de aceptación-resignación se relacionó tanto con la desmoralización como con la anhedonia, lo que se puede considerar como normal, pues un cierto grado de «abandono» pasivo puede constituir una forma adaptativa de comportamiento durante las fases reales de la enfermedad grave (68). Además, la desmoralización se asoció a estilos de superación de evitación y confrontación, lo que indica que en un estado de desmoralización puede aparecer una amplia gama de comportamientos de superación. La creencia en Dios se asoció significativamente a una disminución de la anhedonia y de la desmoralización, aunque en los análisis de regresión sólo presentó una relación estadísticamente significativa con la anhedonia. El papel que desempeñan las creencias religiosas y espirituales en el proceso de superación de la enfermedad física merece una atención mayor, dado que hay datos que indican que la espiritualidad está relacionada con un estilo de superación más activo que pasivo (69), así como con un mayor nivel de salud y de bienestar (70). El rasgo de optimismo se suele asociar al mantenimiento de un bienestar subjetivo en fases de estrés (71, 72) y en nuestro estudio se asoció negativamente tanto a la anhedonia como a la desmoralización (aunque sin significación estadística en los análisis multifactoriales).

Nuestro estudio presenta las limitaciones asociadas al diseño transversal, con la consiguiente dificultad para establecer juicios de tipo causal. No obstante, en una muestra de gran tamaño nuestro estudio confirmó la distinción observada previamente entre la depresión con anhedonia y la depresión con desmoralización e identificó, nuevamente, la experiencia de aflicción en los pacientes con dos tipos de enfermedad médica grave. Los parámetros concurrentes demuestran que la desmoralización y la anhedonia son componentes de la depresión, tal como se considera habitualmente, aunque muestran distribuciones diferentes en los pacientes con dos tipos distintos de enfermedades graves, así como asociaciones distintas con los estilos de superación y con el funcionamiento social y familiar. Estos hallazgos apoyan la validez discriminante de los conceptos. Queremos señalar que la investigación relativa a la etiología y al tratamiento de la depresión podría avanzar más si se consideraran estos subtipos de depresión. Ambos conceptos tienen raíces históricas distintas, de forma que la anhedonia se ha asociado a las creencias relativas a un origen biológico, mientras que la desmoralización ha sido atribuida a aspectos cognitivos y vinculada con el papel que puede desempeñar la psicoterapia (46). No obstante, es necesario obtener más comprobaciones empíricas para confirmar la validez de esta hipótesis.

World Psychiatry 2005; 3: 96-105

Bibliografía

- Clarke DM, Minas IH, Stuart GW. The prevalence of psychiatric morbidity in general hospital patients. *Aust N Zeal J Psychiatry* 1991;25:322-9.
- Clarke DM. Psychological factors in illness and recovery. *N Zeal Med J* 1998;111:410-2.
- Beck DA, Koenig HG. Minor depression: a review of the literature. *Int J Psychiatry Med* 1996;26:177-209.
- Kendler KS, Gardner CO. Boundaries of major depression: an evaluation of DSM-IV criteria. *Am J Psychiatry* 1998;155:172-7.
- van Praag HM. The diagnosis of depression in disorder. *Aust N Zeal J Psychiatry* 1998;32:767-72.
- Clarke DM, Mackinnon AJ, Smith GC et al. Dimensions of psychopathology in the medically ill: a latent trait analysis. *Psychosomatics* 2000;41:418-25.
- Clarke DM, Smith GC, Dowe DL et al. An empirically derived taxonomy of common distress syndromes in the medically ill. *J Psychosom Res* 2003;54:323-30.
- Scheier MF, Matthews KA, Owens JF et al. Dispositional optimism and recovery from coronary artery bypass surgery: the beneficial effects on physical and psychological well-being. *J Pers Soc Psychol* 1989;57:1024-40.
- Clarke DM, Smith GC, Herrman HE et al. The Monash Interview for Liaison Psychiatry (MILP): development, reliability and procedural validity. *Psychosomatics* 1998;39:318-28.
- Koenig HG, George LK, Peterson BL et al. Depression in medically ill hospitalized older adults: prevalence, characteristics, and course of symptoms according to six diagnostic schemes. *Am J Psychiatry* 1997;154:1376-83.
- Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983;67:361-70.
- Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *Journal of the National Cancer Institute* 1993;85:365-76.
- Beck AT, Steer RA, Garbin MG. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: twenty-five years of evaluation. *Clin Psychol Rev* 1988;8:77-100.
- Dozois DJ, Dobson KS, Ahnberg JL. A psychometric evaluation of the BDI-II. *Psychol Assess* 1998;10:83-9.
- Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med* 2001;16:606-13.
- Spitzer RL, Williams JBW, Kroenke K et al. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care: the PRIME-MD 1000 study. *JAMA* 1994;272:1749-56.
- Beck AT, Weissman A, Lester D et al. The measurement of pessimism; the Hopelessness Scale. *J Consult Clin Psychol* 1974;42:861-5.
- Beck AT, Steer RA. Beck Hopelessness manual. San Antonio: The Psychological Corporation, 1993.
- Beck AT, Kovacs M, Weissman A. Assessment of suicidal intention: the Scale for Suicide Ideation. *J Consult Clin Psychol* 1979;47:343-52.
- Scheier MF, Carver CS, Bridges MW. Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery and self-esteem): a re-evaluation of the Life Orientation Test. *J Person Soc Psychol* 1994;67:1063-78.
- Friedman LC, Nelson DV, Baer PE et al. The relationship of dispositional optimism, daily life stress, and domestic environment to coping methods used by cancer patients. *J Behav Med* 1992;15:127-41.
- Spielberger CD. Manual of the State-Trait Anxiety Inventory (Form Y). Palo Alto: Consulting Psychologists Press, 1983.
- Lyness JM, Duberstein PR, King DA et al. Medical illness burden, trait neuroticism and depression in older primary care patients. *Am J Psychiatry* 1998;155:969-71.

24. Watson D, Clark LA. Negative affectivity: the disposition to experience aversive emotional states. *Psychol Bull* 1984;96:465-90.
25. Jorm AF. Modifiability of trait anxiety and neuroticism: a meta-analysis of the literature. *Aust N Zeal J Psychiatry* 1989;23:21-9.
26. Feifel H, Strack S, Nagy VT. Degree of life threat and differential use of coping modes. *J Psychosom Res* 1987;31:91-9.
27. Lipowski ZJ. Physical illness, the individual and the coping processes. *Psychiatr Med* 1970;1:91-102.
28. Feifel H, Strack S, Nagy VT. Coping strategies and associated features of medical inpatients. *Psychosom Med* 1987;49:616-25.
29. Moos RH, Cronkite RC, Billings AG et al. *Health and Daily Living Form manual*. Palo Alto: Stanford University Medical Center, 1988.
30. Moos RH, Moos BS. *Family Environment Scale manual*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press, 1981.
31. Moos RH. Conceptual and empirical approaches to developing family based assessment procedures: resolving the case for the Family Environment Scale. *Family Process* 1990;29:199-208.
32. Kissane DW, Bloch S, Dowe DL et al. The Melbourne family grief study I: perceptions of family functioning in bereavement. *Am J Psychiatry* 1996;153:650-8.
33. Child D. *The essentials of factor analysis*. London: Holt, Rinehart and Winston, 1970.
34. Levine MS. *Canonical analysis and factor comparison*. Beverly Hills: Sage, 1977.
35. Boomsma A. The robustness of LISREL against small sample sizes in factor analysis models. In: Jöreskog KG, Wold H (eds). *Systems under direct observation*. Amsterdam: North-Holland, 1982:149-73.
36. Green SB. How many subjects does it take to do a regression analysis? *Multivariate Behavioral Research* 1991;26:499-510.
37. Caci H, Bayle FJ, Dossios C et al. The Spielberger Trait Anxiety Inventory measures more than anxiety. *Eur Psychiatry* 2003;18:394-400.
38. Snaith P. Anhedonia: a neglected symptom of psychopathology. *Psychol Med* 1993;23:957-66.
39. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer, 1984.
40. Greer S, Watson M. Mental adjustment to cancer: its measurement and prognostic importance. *Cancer Surveys* 1987;6:439-58.
41. Parkes CM. What becomes of redundant world models? A contribution to the study of adaptation to change. *Br J Med Psychol* 1975;48:131-7.
42. Park CL, Folkman S. Meaning in the context of stress and coping. *Rev Gen Psychol* 1997;1:115-44.
43. Clarke DM, Kissane DW. Demoralisation: its phenomenology and importance. *Aust N Zeal J Psychiatry* 2002;36:733-42.
44. Antonovsky A. *Unravelling the mystery of health: how people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Boss, 1987.
45. Birchwood M, Mason R, MacMillan F et al. Depression, demoralisation and control over psychotic illness: a comparison of depressed and non-depressed patients with a chronic psychosis. *Psychol Med* 1993;23:387-95.
46. Frank JD, Frank JB. *Persuasion and healing: a comparative study of psychotherapy*, 3rd ed. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1993.
47. Dohrenwend BP, Shrout PE, Egri G et al. Nonspecific psychological distress and other dimensions of psychopathology. *Arch Gen Psychiatry* 1980;37:1229-36.
48. McHugh PR, Slavney PR. *The perspectives of psychiatry*, 2nd ed. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1998.
49. Fava GA, Freyberger HJ, Bech P et al. Diagnostic criteria for use in psychosomatic research. *Psychother Psychosom* 1995; 63:1-3.
50. Kissane DW, Clarke DM, Street AA. Demoralization syndrome – a relevant diagnosis for palliative care. *J Pall Care* 2001;17:12-21.
51. Grassi L, Rossi E, Sabato S et al. Diagnostic criteria for psychosomatic research and psychosocial variables in breast cancer patients. *Psychosomatics* 2004;45:483-91.
52. Sonino N, Navarrini C, Ruini C et al. Persistent psychological distress in patients treated for endocrine disease. *Psychother Psychosom* 2004;73:78-83.
53. Engel GL. A life setting conducive to illness. The giving-up-given-up complex. *Ann Intern Med* 1968;679:293-300.
54. Slavney PR. Diagnosing demoralisation in consultation psychiatry. *Psychosomatics* 1999;40:325-9.
55. Angelino AF, Treisman GJ. Major depression and demoralisation in cancer patients: diagnostic and treatment considerations. *Support Care Cancer* 2001;9:344-9.
56. Kissane DW, Wein S, Love A et al. The demoralization scale: a report of its development and preliminary validation. *J Pall Care* 2004;20:269-76.
57. Meehl PE. Schizotaxia, schizotypy, schizophrenia. *Am Psychol* 1962;17:827-38.
58. Klein DF. Endogenomorphic depression: a conceptual and terminological revision. *Arch Gen Psychiatry* 1974;31:447-54.
59. Berrios GE, Olivares JM. The anhedonias: a conceptual history. *Hist Psychiatry* 1995;6:453-70.
60. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 3rd ed. Washington: American Psychiatric Association, 1980.
61. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 3rd ed., rev. Washington: American Psychiatric Association, 1987.
62. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4th ed. Washington: American Psychiatric Association, 1994.
63. Marin RS, Firinciogullari S, Biedrzycki RC. The sources of convergence between measures of apathy and depression. *J Affect Dis* 1993;28:117-24.
64. Lampe IK, Kahn RS, Heeren TJ. Apathy, anhedonia and psychomotor retardation in elderly psychiatric patients and healthy elderly individuals. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 2001;14:11-6.
65. Simmons Z, Bremner BA, Robbins RA et al. Quality of life in ALS depends on factors other than strength and physical function. *Neurology* 2000;55:388-92.
66. Zauszniewski JA, Morris DL, Preechawong S et al. Reports on depressive symptoms in older adults with chronic conditions. *Res Theory Nurs Pract* 2004;18:185-96.
67. Gallo JJ, Rabins PV, Lyketsos CG et al. Depression without sadness: functional outcomes of nondysphoric depression in later life. *J Am Geriatr Soc* 1997;45:570-8.
68. Lipowski ZJ. Physical illness, the individual and the coping processes. *Psychiatr Med* 1970;1:91-102.
69. Holland JC, Passik S, Kash KM et al. The role of religious and spiritual beliefs in coping with malignant melanoma. *Psycho-Onc* 1999;8:14-26.
70. George LK, Ellison CG, Larson DB. Explaining the relationships between religious involvement and health. *Psychol Inquiry* 2002;13:190-200.
71. Scheier MF, Carver CS. Effects of optimism on psychological and physical well-being: theoretical overview and empirical update. *Cogn Ther Res* 1992;16:201-28.
72. Scheier MF, Matthews KA, Owens JF et al. Dispositional optimism and recovery from coronary artery bypass surgery: the beneficial effects of optimism on physical and psychological well-being. *J Pers Soc Psychol* 1989;57:1024-40.

Estigmatización de las personas que sufren enfermedades mentales: un estudio de seguimiento en el contexto de la campaña «Cambiemos nuestras mentes» del Royal College of Psychiatrists

ARTHUR CRISP¹, MICHAEL GELDER¹, EILEEN GODDARD², HOWARD MELTZER²

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

²Office for National Statistics, 1 Drummond Gate, London SW1V 2QQ, RU

Antes del inicio de la campaña «Cambiemos nuestras mentes» se realizó una encuesta de población general en la que se demostró la elevada frecuencia de las opiniones negativas respecto a las personas que sufren enfermedades mentales, así como el hecho de que las opiniones relativas a los distintos trastornos mostraban diferencias importantes. Nuestro grupo repitió la encuesta 5 años después, al finalizar la campaña. De nuevo, se realizaron entrevistas a una muestra representativa de la población general (1.725 entrevistas; tasa de respuesta, 65 %). Se tuvieron en cuenta algunas variables demográficas y se realizaron preguntas concernientes a ocho tipos de opinión sobre siete trastornos mentales frecuentes; también se preguntó si el entrevistado conocía personas que sufrieran alguno de los trastornos mentales especificados. El patrón de respuesta en esta segunda encuesta fue similar al observado en la primera. No obstante, hubo cambios significativos. Se detectaron reducciones en todos los porcentajes de las opiniones de estigmatización, aunque éstas generalmente fueron de pequeña magnitud (con independencia de las opiniones expresadas respecto al tratamiento y la evolución). El 77 % de los encuestados señaló conocer a alguien con alguno de los siete trastornos mentales contemplados. Las personas que conocían a algún paciente con depresión grave, trastorno de angustia o fobias mostraron una probabilidad menor de presentar opiniones de estigmatización respecto a los pacientes con el trastorno correspondiente, aunque esta relación no se observó con respecto a los demás trastornos. La mayor proporción de opiniones de carácter negativo tuvo lugar en el grupo de encuestados de 16-19 años de edad, y los encuestados con un nivel educativo mayor mostraron una probabilidad menor de expresar puntos de vista negativos, en comparación con el resto de los encuestados. La conclusión es que las opiniones de estigmatización son frecuentes en la comunidad, pero que existen diferencias en la estigmatización de los distintos trastornos. Las campañas para reducir la estigmatización deben tener en cuenta estas diferencias, así como la necesidad de abordar a los jóvenes.

Palabras clave: estigmatización, opiniones públicas, enfermedad mental

En 1998, el Royal College of Psychiatrists encargó a la Office for National Statistics la realización de una encuesta nacional sobre las opiniones públicas existentes acerca de las personas que sufren enfermedades mentales. Las opiniones negativas fueron frecuentes, especialmente en relación con los pacientes que sufrían esquizofrenia, alcoholismo y dependencia de drogas, que eran considerados personas impredecibles y peligrosas (1, 2). La encuesta fue repetida 5 años después. En este artículo se describen los resultados principales de la segunda encuesta, las diferencias detectadas con respecto a la primera y ciertas características de las personas que se asocian a opiniones de estigmatización. Entre ambas encuestas ha habido varias campañas antiestigma, como la denominada «Cambiemos nuestras mentes: un paciente en cada familia», patrocinada por el Royal College of Psychiatrists (3).

MÉTODOS

La encuesta fue realizada por la Office for National Statistics por encargo del Royal College of Psychiatrists mediante los métodos establecidos por la National Statistics Omnibus Survey (4). Con sólo una excepción, descrita más adelante, las preguntas fueron las mismas que se realizaron en la primera encuesta (1). Las características principales del método se pueden resumir de la manera siguiente.

Muestra

Se seleccionó una muestra nacional representativa de 3.000 direcciones postales (100 direcciones en cada uno de los 30 distritos postales) de Gran Bretaña, a través del Post Code Address File de la Office for National Statistics. En las direcciones postales con más de un domicilio, se seleccionó aleatoriamente uno de ellos. En cada domicilio se seleccionó aleatoriamente una per-

sona de 16 años o más de edad (un «adulto»). Este método de selección indica que en los domicilios en los que había pocas personas adultas hubo una probabilidad mayor de selección que en los domicilios en los que vivían muchos adultos. Para la corrección de esta desigualdad se aplicó un factor de ponderación. No se realizaron entrevistas a través de terceros.

Entrevista

Las entrevistas fueron efectuadas en julio de 2003, es decir, 5 años después de la primera encuesta. Se realizaron preguntas acerca de siete trastornos: depresión grave, crisis de angustia o fobias, esquizofrenia, demencia (p. ej., enfermedad de Alzheimer), trastornos de la conducta alimentaria (p. ej., anorexia nerviosa, bulimia nerviosa), alcoholismo y trastornos relacionados con sustancias.

Los entrevistadores preguntaron a los encuestados si conocían a alguna persona que sufriera cualquiera de los siete trastornos psiquiátricos contemplados. Esta pregunta fue la única diferencia que hubo entre ambas encuestas. En 1998, los entrevistadores habían realizado una pregunta de carácter más general en la que los encuestados debían señalar si conocían a alguna persona que sufriera una enfermedad mental, sin especificar el trastorno concreto. En ninguna de las encuestas se preguntó a los encuestados si ellos mismos habían sufrido alguna enfermedad mental.

Después, se preguntó en qué medida cada uno de ocho asertos podía ser aplicado a personas que presentaban cada uno de los siete trastornos considerados. Los asertos eran los siguientes: *peligroso para los demás; impredecible; no se le puede hablar; siente distinto de lo que sentimos los demás en ocasiones; lo único que hace es acusarse por su enfermedad; podría salir adelante si quisiera; no mejoraría aunque recibiera tratamiento; nunca se recuperará por completo*. En cada uno de estos elementos, se pidió a los encuestados que eligieran una puntuación en una escala de 5 puntos, en cuyos extremos se si-

tuaban la mayor expresión del aserto y la negación del aserto; por ejemplo, *peligroso para los demás-no peligroso para los demás*.

Se registraron el domicilio, la edad, el sexo y el origen racial. En cuanto a la ocupación laboral, los participantes en la segunda encuesta fueron clasificados en tres grupos: directivos/profesionales; puestos de trabajo intermedios, y trabajadores manuales (dado que la clasificación de las ocupaciones laborales utilizada habitualmente en el momento en el que se realizó la primera encuesta era ligeramente diferente, el análisis se llevó a cabo únicamente sobre el segundo grupo de datos). Los encuestados también fueron asignados a uno de cuatro grupos, según sus ingresos anuales en libras esterlinas: < 5.000; ≥ 5.000 y < 10.000; ≥ 10.000 y < 20.000, y ≥ 20.000.

También se obtuvieron datos sobre la edad a la que los encuestados habían dejado de estudiar como ocupación principal (como parámetro sustituto del mayor nivel educativo alcanzado) y si tenían hijos menores de 16 años de edad que vivieran con ellos en el domicilio.

Métodos estadísticos

Las respuestas registradas en las escalas de 5 puntos fueron convertidas en puntuaciones de la manera siguiente: las puntuaciones 1 y 2 fueron consideradas negativas, las puntuaciones 4 y 5 fueron consideradas positivas, y se asignó una puntuación central de 3 a aquellas preguntas en las que la respuesta no fue segura o a las que el encuestado no pudo responder. Los errores de muestreo entre las encuestas se calcularon mediante el método estándar, suponiendo muestras aleatorias. Excepto cuando se indica otra cosa, en la sección de resultados sólo se consideran las diferencias significativas para un intervalo de confianza del 95 %. Con respecto a muchas de las comparaciones, los resultados se deben interpretar con prudencia.

Con objeto de comparar las respuestas de las personas con características distintas, a partir de las puntuaciones originales se derivaron dos puntuaciones compuestas. Se obtuvo una *puntuación de opinión global* mediante la suma de las puntuaciones en las escalas de 5 puntos relativas a cinco de las ocho opiniones, omitiendo las dos opiniones relativas a la evolución y también la opinión relativa al sentirse diferente. Las puntuaciones resultantes, que oscilaron entre 5 y 25 (siendo la puntuación de 5 la correspondiente a la respuesta más negativa) se agruparon en: negativas (5-12), neutras (13-17) y positivas (18-25). Se omitieron los dos asertos referidos al pronóstico, debido a que las respuestas negativas podían reflejar un conocimiento más que un prejuicio; por ejemplo, la opinión de que la demencia tiene un pronóstico malo. También se omitieron las respuestas al aserto de sentirse diferente, por las razones que se exponen más adelante. Este método de cálculo de la puntuación de opinión global da un peso igual a cada una de las cinco opiniones, aunque se puede argumentar que algunas de las opiniones deberían haber recibido un peso mayor que las demás; por ejemplo, las opiniones acerca de la peligrosidad. Sin embargo, no hay un acuerdo general acerca de la manera de ponderar las opiniones, de modo que ni siquiera lo intentamos.

Se obtuvo una *puntuación resumen* mediante la suma de las cinco puntuaciones de opinión global para cada uno de los siete trastornos. La puntuación resultante osciló entre 7 y 21, siendo el grupo de 7-10 el más negativo y el grupo de 18-21 el más positivo.

Los efectos de las características individuales fueron evaluados mediante la comparación de los porcentajes de encuestados con la variable analizada y sin ella, en los casos en que las respuestas dieron lugar a puntuaciones de opinión global negativas y a puntuaciones resumen pertenecientes al grupo más negativo.

RESULTADOS

Muestra

Las entrevistas fueron completadas por 1.725 personas de 16 o más años de edad. Esta tasa de respuesta del 65 % es parecida a la obtenida en encuestas similares realizadas por la Office for National Statistics y también a la tasa de respuesta del 67 % que tuvo lugar en la encuesta de 1998.

Conocimiento personal de una persona con enfermedad mental

En 1998, el 52 % de las personas que respondieron a la encuesta contestó afirmativamente a la pregunta «¿Conoce a alguien que sufra una enfermedad mental?». En 2003, la pregunta fue modificada para incluir a cada una de las siete enfermedades mentales consideradas en el estudio. En la respuesta a estas siete preguntas más específicas, el 77 % señaló que conocía al menos a una persona con alguna de las enfermedades especificadas. Casi la mitad de la muestra (47 %) señaló conocer a alguien que había presentado depresión grave; aproximadamente, la tercera parte conocía a alguien que sufría alcoholismo (37 %), demencia (34 %), crisis de angustia o fobias (33 %); alrededor de la cuarta parte de la muestra conocía a alguien con un trastorno relacionado con sustancias (23 %) o con un trastorno de la conducta alimentaria (22 %), y el 15 % conocía a alguna persona que sufría esquizofrenia.

En general, los varones mostraron una probabilidad menor que las mujeres respecto al conocimiento de alguna persona con un trastorno mental (74 frente a 80 %) y respecto al conocimiento de alguna persona con cualquiera de las enfermedades individuales, con excepción de los trastornos relacionados con sustancias (25 frente a 22 %) y el alcoholismo (40 frente a 34 %). Los encuestados del grupo de 16-24 años de edad mostraron una probabilidad mayor, en comparación con los encuestados del grupo de 65 o más años de edad, de conocer a alguien con un trastorno relacionado con sustancias (43 frente al 8 %), alcoholismo (42 frente a 21 %) o un trastorno de la conducta alimentaria (36 frente a 8 %). Los porcentajes de los encuestados de los demás grupos de edad que conocían a personas con estos trastornos se situaron entre ambos extremos. Por otra parte, los encuestados de 65 o más años de edad tuvieron una probabilidad mayor que los del grupo de 16 a 24 años de edad respecto a ofrecer una respuesta afirmativa a la pregunta de si conocían a alguien que sufriera demencia (40 frente al 20 %).

Con respecto al nivel socioeconómico, el hallazgo principal fue que los encuestados pertenecientes a la clase directiva/profesional mostraron una probabilidad mayor que el resto de los encuestados de conocer alguna persona con, al menos una de las enfermedades mentales consideradas (82 frente a 75 %).

Opiniones acerca de las personas que sufren enfermedades mentales

Opiniones expresadas en 2003

La tabla 1 revela que el porcentaje de encuestados que expresaron las ocho opiniones negativas fue diferente entre los siete trastornos especificados. La mayor variación en este porcentaje fue la que tuvo lugar en relación con el aserto del *peligro para los demás*, que osciló entre el 75 % respecto a los trastornos relacionados con sustancias y el 66 % respecto a la esquizofrenia, hasta sólo el 7 % respecto a los trastornos de la conducta alimentaria. Los porcentajes correspondientes en relación con el aserto de la

Tabla 1 Porcentajes de concordancia respecto a los asertos negativos, encuestas de 1998 y de 2003

	Depresión grave		Crisis de angustia		Esquizofrenia		Demencia		Trastornos de la conducta alimentaria		Alcoholismo		Trastornos relacionados con sustancias	
	1998	2003	1998	2003	1998	2003	1998	2003	1998	2003	1998	2003	1998	2003
Peligro para los demás	23	19**	26	23*	71	66**	19	20	7	7	65	64	74	75
Actitud impredecible	56	53	50	50	77	73*	53	54	29	27	71	70	78	78
Dificultades para hablar con el paciente	62	56**	33	26**	58	52**	60	56*	38	33**	59	55*	65	64
El paciente siente distinto que nosotros	43	30**	39	25**	57	37**	61	42**	49	33**	35	25**	48	33**
El paciente es el culpable de su enfermedad	13	11	11	10	8	6*	4	4	34	33	60	54	68	60**
El paciente podría evitar su enfermedad	19	17	22	20	8	8	4	5	38	35	52	50	47	45
El paciente no va a mejorar con el tratamiento	16	15	14	15	15	12*	56	50**	9	10	11	12	12	11
El paciente no se va a recuperar nunca	23	25	22	21	51	42**	82	79*	11	15**	24	29**	23	26**

Diferencias respecto a los datos de 1998: *p < 0,05; **p < 0,005.

imprevisibilidad siguieron un patrón similar, mientras que los porcentajes relativos a los asertos de la *culpabilidad* fueron mayores respecto a los trastornos relacionados con sustancias (60 %) y al alcoholismo (54 %), y menores respecto a la esquizofrenia (6 %) y a la demencia (4 %). El porcentaje de encuestados que expresó opiniones negativas en los asertos de la *susceptibilidad de tratamiento* también fue diferente entre los distintos trastornos, de manera que el 50 % expresó la opinión de que la demencia no se recuperaría con el tratamiento pero sólo el 11 % eligió esta respuesta en los trastornos relacionados con sustancias. El aserto «nunca se recuperará por completo» fue aceptado por el 79 % de los encuestados en relación con la demencia, pero sólo por el 15 % en relación con los trastornos de la conducta alimentaria; por otra parte, el 42 % seleccionó esta respuesta en relación con la esquizofrenia.

El porcentaje mayor de opiniones negativas tuvo lugar respecto a los trastornos relacionados con sustancias, especialmente las opiniones acerca de la *peligrosidad*, la *imprevisibilidad* y las *dificultades para hablar con el paciente*. El alcoholismo y la esquizofrenia fueron inmediatamente a continuación respecto a estas tres variables, pero mientras que más de la mitad de los encuestados consideraba que las personas que sufren trastornos relacionados con sustancias y alcoholismo eran *culpables de su enfermedad*, sólo el 6 % expresó esta opinión respecto a las personas con esquizofrenia.

Comparación de las respuestas de 1998 y de 2003

El patrón de respuestas en 2003 fue similar al observado en 1998, lo que indica que los siete trastornos son reconocidos de manera constante y que hay diferencias reales y sostenidas de opinión acerca de ellos. Los porcentajes de personas que expresaron opiniones negativas se modificaron en varios casos a lo largo de los 5 años. Esta modificación fue generalmente una disminución, a menudo de pequeña intensidad. De los 27 ítems (de un total de 56 ítems) que se modificaron significativamente, presentaron una disminución los 24 relativos a las opiniones acerca de las personas que sufren las enfermedades mentales consideradas específicamente. Los tres incrementos tuvieron lugar en las opiniones relativas al pronóstico, de manera que aumentó el número de encuestados que seleccionaron los asertos de que las personas con trastornos de la conducta alimentaria, alcoholismo y trastornos relacionados con sustancias no se recuperarían plenamente nunca. De las 24 disminuciones observadas, siete correspondieron a las respuestas frente al aserto de que el paciente siente distinto de lo que sentimos los demás en ocasiones, y estas disminuciones fueron a menudo de mayor intensidad que las relativas a cualquiera de los demás asertos. Algunos entrevistadores señalaron que algunos de los encuestados consideraron que este aserto era difícil de responder. No obstante, el patrón global de los datos referidos a este aserto

fue congruente con las expectativas clínicas. Así, fue tres veces mayor el número de personas que se sintieron incapaces, en ocasiones, de establecer contacto con los pacientes con esquizofrenia y demencia, en comparación con el número de personas que señalaron que sí podían establecer contacto con dichos pacientes. Con respecto a los trastornos de la conducta alimentaria y a los trastornos relacionados con sustancias, dicha proporción fue de 2/1; con respecto a la depresión, fue de 3/2, y con respecto a las crisis de angustia y el alcoholismo el número de encuestados fue prácticamente igual. Además, las modificaciones en el elemento de empatía fueron similares a las observadas en el elemento de dificultad para establecer contacto, lo que se puede considerar un reflejo de otros aspectos relacionados con el establecimiento de comunicación con las personas que sufren enfermedades mentales. Incluso tras eliminar el resultado correspondiente a la empatía, el patrón de modificación existente entre ambas encuestas se mantuvo igual, observándose una disminución en los porcentajes de 14 de 49 elementos posibles y un aumento en los porcentajes de los elementos relativos al pronóstico. No obstante, teniendo en cuenta las dudas de algunos de los encuestados respecto al aserto de sentirse diferente, y considerando también que las modificaciones relativamente importantes en este aserto pudieran dar lugar a una distorsión indebida en los dos grupos de puntuaciones resumen, este aspecto fue excluido del análisis.

Tabla 2 Actitudes globales (%) hacia cada uno de los trastornos mentales, según el año de la entrevista

	Año de la entrevista	Actitudes negativas (5 a 12)	Actitudes neutras (13 a 17)	Actitudes positivas (18 a 25)
Depresión grave	2003	16	56	28
	1998	20	59	21
Crisis de angustia	2003	14	50	36
	1998	14	54	31
Esquizofrenia	2003	21	70	9
	1998	22	71	7
Demencia	2003	3	62	35
	1998	4	59	37
Trastornos de la conducta alimentaria	2003	13	55	32
	1998	14	58	28
Alcoholismo	2003	66	28	6
	1998	69	25	6
Trastornos relacionados con sustancias	2003	74	21	5
	1998	77	19	4

Opiniones globales respecto a cada trastorno

La tabla 2 demuestra que, en 2003, los trastornos relacionados con sustancias eran contemplados de manera desfavorable por la mayor parte de los encuestados, de manera que el 74 % de éstos expresó opiniones globales negativas y sólo el 5 % expresó opiniones globales positivas. A continuación se situó el alcoholismo, con un 66 % de opiniones globales negativas y sólo un 6 % de opiniones globales positivas. El trastorno más favorable fue la demencia, de la que sólo el 3 % de los encuestados expresó opiniones globales negativas y el 35 % opiniones globales positivas, seguida de las crisis de angustia (14 % negativas y 36 % positivas) y de los trastornos de la conducta alimentaria (13 % negativas y 32 % positivas). La depresión grave ocupó una posición intermedia (16 % negativas y 28 % positivas). Con respecto a la esquizofrenia hubo un 21, un 9 y un 70 % de opiniones globales negativas, positivas y neutras, respectivamente. Éste fue el porcentaje mayor de encuestados que ofrecieron respuestas neutras globales para cualquiera de los siete trastornos; el porcentaje menor se observó con respecto al alcoholismo y a los trastornos relacionados con sustancias.

Modificaciones en las opiniones globales

La tabla 2 demuestra que el patrón de opiniones globales fue similar en las dos encuestas. No se observó con respecto a ninguno de los trastornos un incremento en el porcentaje de encuestados que expresaron opiniones negativas globales a lo largo de este período, mientras que se observaron disminuciones ligeras respecto a la depresión (desde el 20 hasta el 16 %), el alcoholismo (69 a 66 %) y los trastornos relacionados con sustancias (77 a 74 %). El porcentaje de opiniones globales positivas aumentó ligeramente respecto a la depresión (21 a 28 %), las crisis de angustia (31 a 36 %) y los trastornos de la conducta alimentaria (28 a 32 %). Sólo se observó una disminución ligera respecto a la demencia. En ambas encuestas, la proporción de encuestados que expresaron opiniones globales neutras fue mayor respecto a todos los trastornos, excepto el alcoholismo y los trastornos relacionados con sustancias. Este porcentaje disminuyó ligeramente a lo largo de los 5 años con respecto a la depresión (59 a 56 %), las crisis de angustia (54 a 50 %) y los trastornos de la conducta alimentaria (58 a 55 %). En ambas encuestas, la esquizofrenia fue el trastorno que presentó un porcentaje mayor de opiniones globales neutras (71 % en 1998 y 70 % en 2003).

Opiniones acerca de la evolución de las enfermedades mentales

Se realizó la suma de las puntuaciones en las escalas relativas al pronóstico y a la respuesta al tratamiento, con objeto de obtener una puntuación de evolución compuesta, que osciló entre 2 y 10. Agrupamos estas puntuaciones compuestas en tres categorías: evolución mala (2-4), evolución neutra o incierta (5-7) y evolución buena (8-10). Estas puntuaciones de evolución mostraron diferencias entre los siete trastornos: el 70 % de los encuestados ofreció puntuaciones de evolución mala para la demencia, y sólo el 6 % ofreció puntuaciones de evolución buena respecto a este trastorno. Por el contrario, sólo el 9 % ofreció puntuaciones de evolución mala para los trastornos de la conducta alimentaria, mientras que el 65 % ofreció puntuaciones de evolución buena. En cuanto a la esquizofrenia, los porcentajes correspondientes fueron del 25 y el 29 %. Con respecto a los demás trastornos, entre el 16 y el 18 % de los encuestados ofreció puntuaciones de evolución mala y el 52-53 % ofreció puntuaciones de evolución buena. Excepto en uno de los trastornos, aproximadamente entre

Tabla 3 Porcentaje de opiniones negativas según la edad (datos combinados de las encuestas de 1998 y 2003)

	16-19	20-24	25-44	45-64	65 o más
Depresión grave	36	18	17	15	19
Crisis de angustia	15	9	15	13	16
Esquizofrenia	31	26	21	21	20
Demencia	7	1	2	3	5
Trastornos de la conducta alimentaria	21	12	11	13	15
Alcoholismo	85	77	74	64	55
Trastornos relacionados con sustancias	87	83	81	74	64

la cuarta y la tercera parte de las valoraciones fueron de carácter neutro o incierto. La excepción fue la esquizofrenia, en la que casi la mitad de los encuestados (46 %) ofreció una puntuación de evolución neutra o incierta.

Efectos de las características personales

Edad y sexo

Los encuestados de 16-19 años de edad tuvieron una probabilidad mayor que el resto de los encuestados de ofrecer puntuaciones resumen de opinión global negativas para todos los trastornos, excepto para las crisis de angustia (tabla 3). Por ejemplo, en la depresión el 36 % de los encuestados de 16-19 años de edad ofreció puntuaciones de opinión global negativas, en comparación con menos del 20 % de los encuestados de cualquier otro grupo de edad. De la misma manera, el 31 % de los encuestados de 16-19 años de edad ofreció puntuaciones de opinión global negativas respecto a la esquizofrenia, en comparación con el 20-26 % de los encuestados con 25 o más años de edad. Con respecto a los trastornos relacionados con sustancias y al alcoholismo, el porcentaje mayor de puntuaciones resumen negativas tuvo lugar entre los encuestados más jóvenes (87 % para los trastornos relacionados con sustancias y 85 % para el alcoholismo). En las puntuaciones resumen, el 49 % de los encuestados de 16-19 años de edad quedó incluido en las dos categorías negativas, en comparación con el 36 % de los encuestados pertenecientes a la combinación del resto de los grupos de edad. Además, en comparación con el resto, en el grupo de encuestados de 16-19 años de edad fue mucho mayor el número de los que quedaron incluidos en la categoría negativa más extrema (22 frente a 8 %).

En comparación con las mujeres, los varones tuvieron una probabilidad bastante mayor de ofrecer opiniones globales negativas respecto a la depresión (20 frente a 16 %), las crisis de angustia (17 frente a 12 %), la esquizofrenia (24 frente a 20 %) y los trastornos de la conducta alimentaria (15 frente a 12 %). Sin embargo, con respecto a la demencia, el alcoholismo y los trastornos relacionados con sustancias, las diferencias correspondientes no fueron significativas. En las puntuaciones resumen, el 40 % de los varones quedó incluido en los dos grupos negativos, en comparación con el 34 % de las mujeres (los porcentajes en la categoría negativa más extrema fueron: varones, 10; mujeres, 8 %).

Región de residencia, origen racial, ocupación laboral y nivel de ingresos económicos

No se observó un patrón constante de variación según la región de residencia, tanto en las puntuaciones de opinión global negati-

vas como en las puntuaciones resumen negativas, de manera que los escasos y dispersos hallazgos positivos pueden no reflejar la existencia de diferencia reales entre las regiones de residencia. Así, los encuestados que residían en Escocia presentaron una probabilidad mayor que los residentes en otras regiones de presentar actitudes negativas frente a las personas con trastornos relacionados con sustancias, mientras que los encuestados que residían en Gales mostraron una probabilidad menor de presentar actitudes negativas frente a los pacientes con depresión o demencia.

No fue posible examinar las relaciones existentes entre las opiniones ofrecidas y los orígenes raciales de los encuestados, dado que el número de encuestados de raza distinta a la blanca fue muy bajo, incluso al combinar los datos obtenidos en las dos encuestas.

Con respecto a la ocupación laboral, los encuestados pertenecientes al grupo de trabajadores manuales mostraron una probabilidad mayor de presentar opiniones globales negativas respecto a la depresión grave, en comparación con las personas cuyo trabajo actual o anterior era de tipo directivo o profesional (18 frente a 11 %). Esta misma relación se observó con la esquizofrenia (25 frente a 17 %) y con los trastornos de la conducta alimentaria (17 frente a 9 %), pero no con el alcoholismo (65 y 66 %) o los trastornos relacionados con sustancias (73 % y 74 %). En cualquiera de los grupos fue escaso el número de opiniones globales negativas respecto a la demencia (4 y 1 %). En las puntuaciones resumen, el 38 % de los encuestados pertenecientes al grupo de trabajadores manuales ofreció puntuaciones negativas en las dos categorías, en comparación con el 30 % de los encuestados pertenecientes a cada una de las otras dos clases socioeconómicas. La mayor parte de la diferencia estuvo en los porcentajes de encuestados correspondientes a la categoría negativa más extrema (11 y 6 %, respectivamente).

En comparación con los encuestados pertenecientes a los grupos de ingresos económicos más bajos, fue menor la proporción de encuestados con ingresos económicos personales de 20.000 o más libras esterlinas anuales que expresó opiniones globales negativas frente a la depresión (13 frente a 19 %), la esquizofrenia (17 frente a 23 %) o los trastornos de la conducta alimentaria (10 frente a 14 %). Las respuestas del grupo de ingresos económicos elevados relativas a los demás trastornos se situaron entre las de los tres grupos inferiores de ingresos económicos. En cuanto a las puntuaciones resumen, el 32 % de los encuestados pertenecientes al grupo de 20.000 o más libras esterlinas anuales de ingresos económicos se situó en la categoría más negativa, en comparación con el 35-41 % de los encuestados pertenecientes a los demás grupos de ingresos económicos.

Tabla 4 Porcentaje de opiniones negativas según la edad a la que los encuestados dejaron los estudios (datos combinados de las encuestas de 1998 y 2003)

	Hasta 14 años	15 a 18 años	19 a 25 años	26 o más años	Todavía estudiando
Depresión grave	20	19	12	12	27
Crisis de angustia	16	14	14	14	13
Esquizofrenia	19	24	17	17	19
Demencia	5	3	2	2	6
Trastornos de la conducta alimentaria	16	14	8	11	16
Alcoholismo	56	69	67	66	85
Trastornos relacionados con sustancias	62	78	75	78	89

Tabla 5 Actitudes globales hacia cada uno de los trastornos mentales según si el encuestado conoce a alguna persona con dicho trastorno (%)

	El encuestado conoce a alguien con el trastorno	Actitud negativa (5 a 12)	Actitud neutra (13 a 17)	Actitud positiva (18 a 25)
Depresión grave	Sí No	12 18	53 58	35 23
Crisis de angustia	Sí No	10 16	41 55	49 29
Esquizofrenia	Sí No	20 21	65 71	15 8
Demencia	Sí No	2 3	62 62	36 35
Trastornos de la conducta alimentaria	Sí No	11 13	47 58	41 29
Alcoholismo	Sí No	66 66	27 28	6 6
Trastornos relacionados con sustancias	Sí No	75 74	18 22	6 4

Nivel de estudios

Los encuestados que habían seguido estudiando después de los 18 años de edad (tabla 4) tuvieron menos probabilidades que los encuestados que habían abandonado antes los estudios de expresar opiniones globales negativas respecto a la depresión grave, la esquizofrenia y los trastornos de la conducta alimentaria, pero no respecto al alcoholismo o los trastornos relacionados con sustancias. En cualquiera de los grupos, fueron pocos los encuestados que expresaron opiniones globales negativas respecto a la demencia. También fueron pocos los encuestados que habían seguido estudiando después de los 18 años de edad y que ofrecieron puntuaciones resumen en la categoría más negativa, en comparación con los encuestados que no habían seguido estudiando después de los 18 años de edad (4-5 frente a 8-9 %). Los encuestados que todavía seguían estudiando en el momento en el que se realizó la encuesta presentaron el porcentaje mayor de puntuaciones resumen pertenecientes a la categoría más negativa (15 frente a 4-9 % para los que habían seguido estudiando más allá de los 18 años y 8-9 % para el resto).

Conocimiento de alguna persona con una enfermedad mental

En comparación con el resto de los encuestados, fue pequeña la proporción de los que conocían a alguien con depresión y que expresaron opiniones negativas globales respecto a esta enfermedad (12 frente a 18 %). De la misma manera, fue pequeña la proporción de los encuestados que conocían a alguna persona que sufría crisis de angustia y que expresaron opiniones globales negativas respecto al trastorno de angustia (10 frente a 16 %). Los encuestados que conocían a alguna persona con cualquiera de los otros trastornos no presentaron una probabilidad menor que el resto de los encuestados respecto a la expresión de opiniones globales negativas para los trastornos correspondientes. En comparación con el resto de los encuestados, fue ligeramente menor la proporción de los que conocían a alguna persona con esquizofrenia y que expresaron opiniones globales neutras respecto a esta enfermedad (65 frente a

71 %), mientras que un porcentaje ligeramente mayor expresó opiniones positivas (15 frente a 8 %). Se observaron diferencias similares con respecto a las respuestas expresadas por los encuestados que conocían a alguna persona que sufría trastornos de la conducta alimentaria (puntuaciones neutras, 47 frente a 58 %; puntuaciones positivas, 41 frente a 29 %).

Los encuestados que conocían a alguna persona con el trastorno mental correspondiente tuvieron más posibilidades que el resto de los encuestados de considerar una evolución mala de la depresión (20 frente a 14 %), de la esquizofrenia (30 frente a 20 %), de la demencia (75 frente a 63 %) y del alcoholismo (21 frente a 16 %) (tabla 5).

Encuestados que vivían con un hijo menor de 16 años de edad

Los encuestados que vivían con al menos un hijo menor de 16 años de edad presentaron una probabilidad bastante mayor que el resto de los encuestados en la expresión de opiniones globales negativas respecto al alcoholismo (73 frente a 66 %) y a los trastornos relacionados con sustancias (80 frente a 74 %), pero no respecto a los demás trastornos. No obstante, el grupo de encuestados que vivían con algún hijo menor de 16 años de edad no recogió un porcentaje mayor de puntuaciones resumen en las categorías más negativas.

DISCUSIÓN

La encuesta fue realizada en nuestro nombre por la Office for National Statistics, utilizando procedimientos bien contrastados para la recogida y el análisis de los datos. Los problemas que presenta son los mismos que acompañan a otras encuestas realizadas a gran escala sobre muestras representativas de la población general. La tasa de respuesta fue del 65 %, es decir, similar a la obtenida en encuestas similares efectuadas por la Office for National Statistics; no obstante, esta tasa de respuesta fue incompleta. Además, al igual que ocurre en todas las encuestas de opinión, no podemos saber si las opiniones expresadas reflejaron con precisión opiniones verdaderas o bien si las opiniones reflejaron un comportamiento real. Por tanto, al igual que ocurre en cualquier encuesta de población, las conclusiones se deben plantear con prudencia. No obstante, la gran similitud en el patrón de respuestas de la encuesta actual y en el de la encuesta realizada en 1998 apoya la fiabilidad de los procedimientos.

En la encuesta se solicitó la opinión acerca de siete trastornos psiquiátricos, mientras que la mayor parte de los otros estudios de investigación efectuados acerca de la estigmatización se ha referido al concepto general de enfermedad mental. La razón de utilizar siete trastornos psiquiátricos distintos fue el hecho de que muchas personas con problemas psicológicos importantes que acuden actualmente al médico reciben un diagnóstico psiquiátrico y, por lo tanto, es importante conocer el estigma que acompaña al diagnóstico. En ocasiones se ha señalado que el estigma que acompaña a un diagnóstico psiquiátrico no reduce las ventajas que conlleva el establecimiento de dicho diagnóstico. Nuestro grupo no comparte este punto de vista. Es cierto que en las etiquetas diagnósticas centran la atención sobre las características generales, a menudo de una manera adversa; así, dichas etiquetas diagnósticas son causa posible de estigmatización (5). No obstante, los diagnósticos que se acompañan de connotaciones negativas y de rechazo se han vinculado desde hace tiempo con las personas que sufren trastornos mentales (6) y los diagnósticos modernos son más específicos y pueden constituir una guía valiosa para el pronóstico y el tratamiento. En cualquier caso, dado el estigma que acompaña a los diagnósticos, es más importante determinar si finalmente se puede reducir o eliminar dicho estigma.

Opiniones acerca de la estigmatización en 2003

Las opiniones de estigmatización fueron expresadas con frecuencia tanto por varones como por mujeres pertenecientes a todas las clases sociales y residentes en todas las zonas del país. Sin embargo, hubo diferencias en la naturaleza y la intensidad del estigma atribuido a los siete trastornos. Los trastornos más estigmatizados fueron los relacionados con sustancias, el alcoholismo y la esquizofrenia. Con respecto a los pacientes que sufren esquizofrenia, podemos considerar que aproximadamente las dos terceras partes de las personas creen que son *peligrosos*, que alrededor de las tres cuartas partes considera que son *impredecibles* y que aproximadamente la mitad considera que es *difícil hablar con ellos*. Los pacientes que sufren alcoholismo y trastornos relacionados con sustancias son incluso más estigmatizados, debido no solamente a que muchas personas consideran que son *peligrosos*, *impredecibles* y que es *difícil hablar con ellos*, sino que tres de cada cinco personas considera que son *culpables de su enfermedad*, una opinión sostenida solamente por el 6 % de los encuestados respecto a la esquizofrenia.

En comparación con los pacientes que sufren esquizofrenia, los que presentan depresión grave son considerados *peligrosos* por un número menor de personas (aproximadamente, una de cada cinco); no obstante, al igual que ocurre con la esquizofrenia, alrededor de la mitad de las personas considera que los pacientes con depresión grave son *impredecibles* y que es *difícil hablar con ellos*. Estas últimas opiniones posiblemente hacen que las personas que las sostienen no establezcan un contacto más estrecho con los pacientes que sufren depresión, lo que les permitiría cambiar sus otras opiniones. Sin embargo, contemplado desde el punto de vista contrario, una proporción sustancialmente mayor de encuestados expresó opiniones positivas, más que negativas, respecto a los pacientes con depresión, crisis de angustia y fobias, demencia y trastornos de la conducta alimentaria.

Conocimiento de pacientes que sufren trastornos mentales

En la primera encuesta, se realizó una pregunta de tipo general acerca de si el encuestado conocía a alguien que sufriera una enfermedad mental; el 52 % contestó afirmativamente. Esta cifra es similar a la del 49 % de los encuestados que en otra encuesta más reciente señaló conocer a alguien con una enfermedad mental (7). En nuestra encuesta, los entrevistadores hicieron una pregunta separada respecto al conocimiento por parte de los encuestados de alguna persona con cada uno de siete trastornos mentales específicos, y alrededor de las tres cuartas partes de los entrevistados respondieron afirmativamente. Es posible que en la primera ocasión algunos de los encuestados no consideraran, por ejemplo, que los trastornos de la conducta alimentaria son un trastorno mental. Si así fuera, esto podría explicar las diferencias en las respuestas obtenidas en las dos encuestas. Las opiniones acerca de las personas que sufren trastornos psiquiátricos están sometidas a muchas influencias, incluyendo los anuncios que aparecen en los medios de comunicación y, en algunos casos, el conocimiento personal de alguna persona que sufre la enfermedad. La importancia del conocimiento personal varía entre los siete trastornos mentales: casi la mitad de los encuestados conocía a alguien que sufriera depresión grave, pero sólo uno de cada seis conocía a algún paciente con esquizofrenia. En cuanto al resto de los trastornos mentales, aproximadamente uno de cada tres encuestados conocía a alguien con alcoholismo, demencia o crisis de angustia; alrededor de uno de cada cuatro encuestados conocía a alguien que sufría un trastorno de la conducta alimentaria o un trastorno relacionado con sustancias. Tal como era de esperar, los encuestados de edad avanzada presentaron una probabilidad mayor de conocer a alguien con demencia, mientras que los en-

cuestados más jóvenes mostraron una probabilidad mayor de conocer a algún paciente con trastornos relacionados con sustancias, alcoholismo o trastornos de la conducta alimentaria.

Los encuestados que conocían a alguien con depresión, trastorno de angustia o fobias tuvieron una probabilidad menor de expresar opiniones de estigmatización respecto al trastorno correspondiente, lo que no ocurrió en el caso de los encuestados que conocían a alguna persona que sufriera el resto de los trastornos. No obstante, los encuestados que conocían a algún paciente con esquizofrenia o con trastornos de la conducta alimentaria presentaron una probabilidad ligeramente menor de expresar opiniones neutras y una probabilidad ligeramente mayor de expresar opiniones positivas. Los encuestados que conocían a pacientes con depresión, esquizofrenia, demencia y alcoholismo también tuvieron una probabilidad mayor de considerar que la evolución del trastorno correspondiente sería mala. Por lo tanto, parece que el conocimiento de alguna persona que sufre trastornos mentales no siempre modifica las opiniones negativas que se han establecido a través de otras vías. Al mismo tiempo, hay algunos datos que indican que el contacto guiado por expertos con personas que sufren enfermedades mentales crónicas de grado suficiente para requerir asistencia comunitaria supervisada colectiva puede aumentar su conocimiento y empatía en la sociedad (8).

Opiniones neutras

La categoría neutra recoge a los encuestados cuya opinión fue indecisa o incierta. Al considerar la muestra completa, el 70 % de los encuestados ofreció opiniones globales neutras respecto a la esquizofrenia, en comparación con sólo el 21 % respecto a los trastornos relacionados con sustancias y el 28 % respecto al alcoholismo. Con respecto a los demás trastornos mentales, aproximadamente la mitad de los encuestados presentó una opinión de carácter neutro. Estos porcentajes sustanciales de personas con una opinión neutra o incierta constituyen un objetivo potencial para las campañas antiestigma, debido a que aparentemente sería más sencillo que su opinión se modificara hacia la respuesta positiva en comparación con las personas cuya opinión es inicialmente negativa. Si esto fuera así, hay que destacar el hecho de que el mayor porcentaje de opiniones de carácter neutro tuvo lugar con respecto a la esquizofrenia.

Cambios entre 1998 y 2003

El cambio más sorprendente a lo largo del intervalo de 5 años fue el hecho de que disminuyó el número de encuestados que asumieron el aserto de que las personas que sufren cualquiera de los siete trastornos mentales especificados siente de manera distinta que las demás. Este cambio osciló entre el 10 y el 20 %, una modificación sustancialmente mayor que la pertinente a cualquier otra opinión. La opinión de que *siente distinto que nosotros* fue incluida debido a que se consideró que podría reflejar un aspecto de empatía y a que la falta de empatía es un aspecto importante del estigma. Dado que los cambios respecto a esta variable son mayores que los relacionados con cualquiera otra, y teniendo en cuenta que algunos de los encuestados tenían dificultades para comprender el aserto, es necesario considerar razones alternativas para explicar la disminución. Es poco probable que la disminución sea debida a una modificación en el procedimiento, dado que la sintaxis con la que se presentó el aserto a los encuestados fue exactamente la misma en las dos encuestas. El hecho de que los porcentajes fueran diferentes respecto a los siete trastornos indica que los hallazgos no representan respuestas aleatorias. En cualquier caso, dado el importante porcentaje de cambios que no ha sido explicado, consideramos que es más seguro excluir esta opinión de los análisis en los que se consi-

deran las opiniones globales. Sin embargo, no queremos ignorar este resultado. Si reflejara un cambio real, entonces consideramos que es un precursor potencial de otras opiniones públicas menos negativas relativas a las personas que sufren enfermedades mentales.

El Royal College of Psychiatrists y otras organizaciones han llevado a cabo campañas contra la estigmatización durante los 5 años que transcurrieron entre las dos encuestas. No obstante, los cambios positivos que tuvieron lugar en las dos ocasiones no pueden ser adscritos al efecto de estas campañas, debido a que las opiniones de las personas están sometidas a muchas influencias. En cualquier caso, los resultados pueden indicar si existe un cambio en las actitudes de estigmatización. En un estudio reciente (7) se observó que, aunque la mayor parte de los encuestados expresaron puntos de vista cariñosos y de simpatía respecto a los pacientes con enfermedades mentales, sus actitudes habían sido menos positivas en el período entre 2000 y 2003. Nuestros resultados se refirieron a trastornos mentales individuales, más que a un concepto global de enfermedad mental, y observamos algunas pequeñas mejoras. Por ejemplo, aunque las opiniones globales acerca de la esquizofrenia se modificaron poco a lo largo del período de 5 años, el porcentaje de encuestados que sostuvo la opinión de que las personas con esquizofrenia son peligrosas e impredecibles se redujo aproximadamente un 5 %. Son necesarias nuevas encuestas para determinar si las modificaciones observadas en nuestro estudio forman parte de una tendencia sostenida hacia la mejora.

Nuestros resultados sugieren que las campañas antiestigma se deben dirigir no hacia la enfermedad mental en general, sino más bien hacia los trastornos mentales específicos. La razón es que el estigma asociado a los distintos trastornos mentales no es el mismo. Así, la mayor parte de nuestros encuestados sostuvo la opinión de que los pacientes con esquizofrenia son *peligrosos, impredecibles* y que es *difícil hablar con ellos*, pero consideró que son *capaces de salir de su enfermedad*. Por otra parte, fue muy bajo el número de encuestados que sostuvo la opinión de que los pacientes que sufren trastornos de la conducta alimentaria son peligrosos, aunque la tercera parte de ellos consideró que *podían salir de su enfermedad*. No obstante, hay algunas cuestiones comunes, sobre todo por el hecho de que los encuestados consideraron que las personas que sufren cualquiera de los siete trastornos mentales considerados ofrecen *dificultades para hablar con ellas*. Las campañas para reducir la estigmatización deben abordar las opiniones específicas y generales, reconociendo al mismo tiempo las desventajas sociales que pueden ser características de la enfermedad mental y utilizando mensajes específicos para cada trastorno mental. Estas campañas deben potenciar adecuadamente el conocimiento y las habilidades de contacto (9).

Opiniones acerca del pronóstico y de los efectos del tratamiento

Las opiniones relativas al pronóstico y al tratamiento fueron generalmente realistas. Así, aunque la mitad de los encuestados sostuvo la opinión de que la demencia responde mal al tratamiento, sólo el 10-15 % expresó esta misma opinión respecto a los demás trastornos. Las opiniones acerca de la evolución fueron similares. Estos resultados indican que hay un fundamento de conocimiento respecto a, al menos, algunos aspectos de los trastornos mentales, sobre los que las futuras campañas antiestigma podrían incidir.

Características asociadas a las opiniones de estigmatización

Entre las personas que respondieron a ambas encuestas, las opiniones de estigmatización fueron expresadas por varones y mu-

jeros de todas las edades y que residían en todas las zonas de Gran Bretaña. No obstante, hubo algunas características que son útiles para caracterizar a las personas que sostuvieron opiniones negativas. Con respecto a la edad, las opiniones más negativas fueron las que sostuvieron los encuestados del grupo de 16-19 años de edad: uno de cada tres de éstos sostuvo opiniones globales negativas respecto a las personas con esquizofrenia y depresión, en comparación con aproximadamente uno de cada cinco encuestados en los demás grupos de edad; además, un sorprendente porcentaje del 85 % sostuvo opiniones globales negativas respecto a las personas que sufren alcoholismo y trastornos relacionados con sustancias. Por otra parte, los encuestados del grupo de 16-19 años de edad presentaron una probabilidad mayor que el resto de los encuestados para seleccionar las opiniones globales más extremas. Los hallazgos relativos al alcoholismo y a los trastornos relacionados con sustancias contrastan con el uso frecuente de alcohol y drogas por parte de los jóvenes. Este hallazgo puede indicar que los jóvenes que utilizan estas sustancias no se consideran a sí mismos como posibles enfermos mentales y no se identifican con las personas que sí lo son. Si así fuera, este hallazgo sería importante para las campañas que se dirigen hacia la prevención del abuso de drogas entre los jóvenes a través de las advertencias sobre las consecuencias de la adicción.

Las opiniones de estigmatización fueron expresadas por una proporción menor de encuestados pertenecientes al grupo de nivel educativo mayor, en comparación con los encuestados que habían dejado de estudiar a los 18 años de edad. Aunque este hallazgo puede indicar el valor de la educación en la reducción de la estigmatización, también podría reflejar los procesos de selección que tienen lugar respecto a la educación de mayor nivel o bien una elección mayor de respuestas socialmente aceptables a las preguntas por parte de los encuestados del grupo de nivel educativo mayor. En cualquier caso, este hallazgo (junto con el correspondiente a la edad de los encuestados) sugiere que las campañas antiestigma deberían prestar una atención especial a los jóvenes. Esta consideración especial de los jóvenes fue una de las características de la reciente campaña realizada por el Royal College of Psychiatrists (10).

La estigmatización de las personas que sufren enfermedades mentales es estimulada por numerosas actitudes. Todavía es frecuente que los medios de comunicación centren la atención del público sobre los atributos más negativos de las enfermedades mentales (11). Además, las personas observan o leen acerca de los problemas evidentes de la minoría «visible» de personas que sufren enfermedades mentales crónicas y graves, así como de las que presentan trastornos de la personalidad (que han atraído una gran atención por parte de los medios de comunicación durante los últimos años y que no fueron incluidas en nuestra encuesta). Así, pueden generalizar sus conclusiones suponiendo que cualquier persona que sufre una enfermedad mental presentará los mismos problemas. Si Murray y López (12, 13) están en lo correcto, entonces «uno de cada cuatro» de nosotros va a sufrir personalmente una enfermedad mental a lo largo de su vida. Por la misma razón, es posible que encontremos este tipo de enfermedad en «una de cada cuatro» personas que nos rodean o bien, tal como señala el lema de la campaña del Royal College of Psychiatrists, «un paciente en cada familia». Las estigmatizaciones de los demás se pueden sumar a las autoestigmatizaciones, tal como se ha

señalado (14, 15). En conjunto, pueden dificultar en gran medida que las personas que sufren una enfermedad mental reconozcan su problema y soliciten ayuda. Los progresos reales en la atención de las personas que sufren enfermedades mentales requieren una reducción de la estigmatización, junto con una mejora en las estrategias de prevención, de tratamiento y de autoayuda.

Agradecimientos

Los costes económicos de la encuesta fueron sufragados a través de una ayuda del Royal College of Psychiatrists. Los autores quieren dar las gracias a Liz Cowan y Deborah Hart por su trabajo de tipo administrativo durante la planificación del estudio.

World Psychiatry 2005; 3: 106-113

Bibliografía

1. Crisp AH, Gelder MG, Rix S et al. Stigmatization of people with mental illnesses. *Br J Psychiatry* 2000;177:4-7.
2. Gelder MG. The Royal College of Psychiatrists survey of public opinions about mentally ill people. In: Crisp AH (ed). *Every family in the land: understanding prejudice and discrimination against people with mental illness*. London: Royal Society of Medicine Press, 2004:21-5.
3. Crisp AH. Introduction to the Royal College of Psychiatrists campaign. In: Crisp AH (ed). *Every family in the land: understanding prejudice and discrimination against people with mental illness*. London: Royal Society of Medicine Press, 2004:380-3.
4. Office for National Statistics. Statistical omnibus survey package: technical report. London: Office for National Statistics, 2003.
5. Sartorius N. Iatrogenic stigma of mental illness. *Br Med J* 2002;324:1470-1.
6. Porter R. *Madness*. Oxford: Oxford University Press, 2002.
7. Department of Health. *Attitudes to mental health 2003*. London: Department of Health, 2003.
8. Wolff G, Pathare S, Craig T et al. Public education for community care: a new approach. *Br J Psychiatry* 1996;168:441-7.
9. Corrigan PW, Watson AC. Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry* 2002;1:6-19.
10. Bailey S, Hart D. *Changing Minds: the children's project*. In: Crisp AH (ed). *Every family in the land: understanding prejudice and discrimination against people with mental illness*. London: Royal Society of Medicine Press, 2004:394-6.
11. Philo G. *Media and mental distress*. London: Addison Wesley, 1996.
12. Murray CJ, Lopez AD. Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. *Lancet* 1997;349:1436-42.
13. Murray CJ, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet* 1997;349:1498-504.
14. Byrne P. Psychiatric stigma. *Br J Psychiatry* 2001;178:281-4.
15. Dinos S, Stevens S, Serfaty M et al. Stigma: the feelings and experiences of 46 people with mental illness: qualitative study. *Br J Psychiatry* 2004;184:176-81.

Tasas globales de suicidio en los jóvenes de 15 a 19 años de edad

DANUTA WASSERMAN¹, QI CHENG², GUO-XIN JIANG¹

¹Swedish National and Stockholm County Council's Centre for Suicide Research and Prevention of Mental Ill-Health (NASP) at the Karolinska Institute, Department of Public Health Sciences, Box 230, 171 77 Estocolmo, Suecia

²Center of Clinical Epidemiology, Ruijen Hospital, Shanghai Second Medical University, Shanghai, China

En este artículo se examinan las tasas globales de suicidio entre los adolescentes del grupo de 15 a 19 años de edad, según los datos más recientes de la base de datos de mortalidad de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Se han podido utilizar los datos correspondientes a 90 países (en algunos casos, áreas geográficas) de los 130 estados miembro de la OMS. La tasa media de suicidio en este grupo de edad, fundamentada en los datos correspondientes al último año, ha sido de 7,4/100.000. Las tasas de suicidio fueron mayores en los varones (10,5) que en las mujeres (4,1), y esta diferencia se observó en casi todos los países. Las excepciones fueron China, Cuba, Ecuador, El Salvador y Sri Lanka, países en los que el suicidio femenino fue más frecuente que el masculino. En los 90 países (o áreas geográficas) estudiados, el suicidio constituyó la cuarta causa más frecuente de muerte entre los varones jóvenes y la tercera causa entre las mujeres jóvenes. El suicidio fue la causa del 9,1 % de los 132.423 fallecimientos que tuvieron lugar en personas jóvenes de los 90 países estudiados. También se ha evaluado la tendencia de las tasas de suicidio en 26 países (o áreas geográficas), según los datos disponibles del período 1965-1999. Se ha observado un incremento en la tendencia al suicidio en los varones jóvenes, especialmente en los años anteriores a 1980 y en los países no europeos. La base de datos de la OMS es la de mayor envergadura de su clase y representa la única fuente de información que se puede utilizar en la actualidad para el análisis de la mortalidad global debida al suicidio. Se exponen las limitaciones metodológicas del estudio.

Palabras clave: suicidio, jóvenes, causas de muerte

El comportamiento suicida constituye una preocupación importante desde el punto de vista de la salud pública, tanto en los países desarrollados como en los que permanecen en vías de desarrollo. Se ha estimado que anualmente fallece debido a suicidio al menos 1 millón de personas en todo el mundo (1). Los intentos de suicidio son muy frecuentes, especialmente entre los jóvenes y las personas de edad intermedia (2).

A lo largo de los últimos decenios se ha observado un aumento en la tendencia de los jóvenes hacia el suicidio, al tiempo que las tasas de suicidio se han mantenido estables o han disminuido en muchos países desarrollados. En 21 de los 30 países que constituyen la región europea de la Organización Mundial de la Salud (OMS), las tasas de suicidio en los varones de 15 a 19 años de edad aumentaron en el período de 1979 a 1996. En cuanto a las mujeres, las tasas de suicidio aumentaron con menos intensidad en 18 de los 30 países estudiados (3). Se han propuesto varios factores que pueden explicar este incremento de la tendencia al suicidio: pérdida de la cohesión social, quiebra de la estructura familiar tradicional, crecimiento de la inestabilidad económica y el desempleo, y aumento en la prevalencia de trastornos depresivos.

Se han publicado en la bibliografía varios análisis mundiales de las tendencias y tasas de suicidio en todo el mundo (4-7), pero es escasa la información relativa a las causas de fallecimiento y a las tasas de suicidio en el grupo de personas de 15 a 19 años de edad.

Los objetivos de nuestro estudio han sido presentar un cuadro global del suicidio en los adolescentes de todo el mundo a través de la información recogida en la base de datos de la OMS y evaluar el papel que desempeña el suicidio como causa de muerte en el grupo de personas de 15 a 19 años de edad.

MÉTODOS

Los datos relativos a las causas de muerte y a la población de cada país (o área geográfica) fueron extraídos del sitio Web correspondiente a la base de datos de mortalidad de la OMS, en febrero de 2004. Fue posible conseguir información estadística sobre las causas de muerte y sobre la población del grupo de edad de 15 a 19 años correspondiente a 90 países (o áreas geográficas) desde el año 1980 o posterior. En el 71 % de los 90 países (o áreas geográficas) existían datos relativos al año 1995 o posterior, mien-

tras que en aproximadamente la mitad de los países existían datos correspondientes al año 2000 o posterior. En el 30 % de los países, estas cifras existían desde años anteriores a 1995.

Los ficheros de datos obtenidos a través de Internet fueron convertidos en ficheros SPSS. Los ficheros de datos de versiones diferentes de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) fueron fusionados y analizados respecto al sexo, el grupo de edad, la causa de muerte y el año.

Se utilizaron los códigos siguientes para determinar el suicidio en la base de datos de mortalidad de la OMS: en la clasificación de la CIE-7, los códigos A148 y B049, incluyendo E963, E970-E979; en la clasificación de la CIE-8, los códigos A147 y B049, incluyendo E950-E959; en la clasificación de la CIE-9, los códigos B54 y C102, incluyendo E950-E959; en la clasificación de la CIE-10, los códigos X60-X84 (en algunos países, el código 1101, incluyendo los códigos X60-X84).

La tasa media de suicidio en el grupo de personas de 15 a 19 años de edad se calculó mediante el cotejo de las cifras de suicidio durante el último año con las cifras de población disponibles en los 90 países (o áreas geográficas). Además, para evitar la confusión entre los efectos correspondientes al país y los efectos cronológicos, sólo se seleccionaron los países que habían ofrecido datos respecto al mismo año. Así, también se analizaron y compararon las tasas de suicidio en 63 países durante 1995 debido al elevado número de países (o áreas geográficas) que presentaron datos de suicidio y población en ese año.

En el análisis se excluyeron unos pocos países, debido a que su población de 15 a 19 años de edad era inferior a 10.000 personas.

Para evaluar las tendencias del suicidio, se evaluaron las tasas de suicidio en todos los países (o áreas geográficas) en los que existían datos correspondientes al período 1965-1999. Se compararon las tasas existentes en los países europeos y no europeos.

Para determinar los porcentajes de las causas de muerte en cada categoría, se dividió el número total de fallecimientos ocurridos en los 90 países (o áreas geográficas), según los últimos datos disponibles, por el número de fallecimientos en cada categoría diagnóstica. En la categoría «otras causas de muerte» se incluyeron numerosas causas diferentes de muerte que explican un porcentaje relativamente pequeño de fallecimientos, tales como las enfermedades de la sangre y de los órganos formadores de sangre; las enfermedades de los ojos, los oídos, la piel y el tejido subcutáneo, el sistema mus-

culoesquelético y el tejido conjuntivo, y el sistema genitourinario; ciertos trastornos que se originan durante el período perinatal, así como diversos síntomas, signos o procesos mal definidos.

RESULTADOS

En los 90 países evaluados se utilizaron los datos de las causas de muerte y de la población de 15-19 años de edad. En la tabla 1 se recogen las cifras de suicidio y las tasas de suicidio por cada 100.000 personas de 15 a 19 años de edad, así como el último año en el que fue posible obtener estos datos en cada país (o área geográfica).

Se analizaron en total 12.064 casos de suicidio (8.801 varones y 3.263 mujeres) en los 90 países (o áreas geográficas). La tasa media de suicidio de las personas de 15 a 19 años de edad en los 90

países (o áreas geográficas), según los datos obtenidos en los distintos años y en los diferentes países, fue de 7,4/100.000 (10,5 en los varones y 4,1 en las mujeres).

Hubo 13 países cuyas tasas de suicidio estuvieron 1,5 veces, o más, por encima de la media; entre ellos, Sri Lanka (el país con la tasa de suicidio mayor), seguido de Lituania, Rusia y Kazajstán. En 24 países (o áreas geográficas), las tasas de suicidio estuvieron por encima de la media (pero fueron inferiores a 1,5 veces la media); en esta categoría se incluyeron Noruega, Canadá, Letonia, Austria, Finlandia, Bélgica y Estados Unidos. Los 53 países (o áreas geográficas) restantes mostraron tasas de suicidio inferiores a la media (tabla 1).

La tasa media de suicidio en el conjunto de varones y mujeres de los 63 países (o áreas geográficas) en los que existían datos correspondientes al año 1995 fue de 8,4/100.000, es decir, una cifra

Tabla 1 Cifras y tasas de suicidio por cada 100.000 personas jóvenes de 15 a 19 años de edad en 90 países (o áreas geográficas), según la base de datos de mortalidad de la OMS, hasta febrero de 2004 (últimos datos disponibles en cada país o área geográfica)

País (o área geográfica)	Año	Número			Tasa		
		Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres	Total
Sri Lanka	1986	388	424	812	43,9	49,3	46,5
Lituania	2002	54	12	66	38,4	8,8	23,9
Federación Rusa	2002	2.384	499	2.883	38,5	8,3	23,6
Kazajstán	2002	240	78	318	31,2	10,5	21,0
Luxemburgo	2002	3	1	4	23,5	8,2	16,0
Nueva Zelanda	2000	31	11	42	22,3	8,2	15,3
El Salvador	1993	44	52	96	13,2	15,8	14,5
Bielorrusia	2001	100	16	116	23,6	3,9	14,0
Estonia	2002	13	1	14	24,1	1,9	13,2
Turkmenistán	1998	41	21	62	16,6	8,8	12,8
Ucrania	2000	375	92	467	19,6	4,9	12,4
Irlanda	2000	34	7	41	19,8	4,3	12,3
Mauricio	2000	5	6	11	10,1	12,5	11,3
Noruega	2001	21	8	29	15,3	6,2	10,9
Canadá	2000	173	52	225	16,3	5,2	10,8
Letonia	2002	16	4	20	16,9	4,4	10,8
Kirgizistán	2002	42	13	55	15,2	4,8	10,0
Islas Vírgenes (Estados Unidos)	1980	1	0	1	20,0	0,0	9,8
Barbados	1995	1	1	2	9,6	9,8	9,7
Austria	2002	37	9	46	15,1	3,8	9,6
Trinidad y Tobago	1994	6	6	12	8,9	10,5	9,6
Finlandia	2002	25	6	31	15,0	3,8	9,5
Uzbekistán	2000	170	86	256	12,5	6,4	9,5
Bélgica	1997	46	12	58	14,5	3,9	9,3
Cuba	1996	23	45	68	6,1	12,5	9,2
Ecuador	1991	40	64	104	6,9	11,4	9,1
Islandia	1999	1	1	2	9,0	9,3	9,1
Australia	2001	95	25	120	13,8	3,8	8,9
Singapur	2001	10	8	18	9,2	7,8	8,5
Surinam	1990	3	1	4	12,5	4,3	8,5
Polonia	2001	242	39	281	14,1	2,4	8,4
Suiza	2000	27	8	35	12,6	4,0	8,4
Croacia	2002	21	3	24	14,0	2,1	8,2
Estados Unidos	2000	1.347	269	1.616	13,0	2,7	8,0
Granada	1988	0	1	1	0,0	15,6	7,8
Eslovenia	1987	8	2	10	12,0	3,1	7,6
Hungría	2002	37	12	49	11,2	3,8	7,5
Guadalupe	1981	2	1	3	8,8	4,6	6,8
Japón	2000	335	138	473	8,8	3,8	6,4
Uruguay	1990	11	5	16	8,3	3,9	6,2
Bulgaria	2002	25	6	31	9,2	2,3	5,8
República Checa	2001	33	6	39	9,5	1,8	5,7
Argentina	1996	122	67	189	7,1	4,0	5,6
Costa Rica	1995	13	7	20	7,1	4,0	5,6
Alemania	2001	207	54	261	8,7	2,4	5,6
Tailandia	1994	189	154	343	6,1	5,1	5,6
Colombia	1994	120	73	193	6,7	4,2	5,5

(continúa en página siguiente)

Tabla 1 (Continuación) Cifras y tasas de suicidio por cada 100.000 personas jóvenes de 15 a 19 años de edad en 90 países (o áreas geográficas), según la base de datos de mortalidad de la OMS, hasta febrero de 2004 (últimos datos disponibles en cada país o área geográfica)

País (o área geográfica)	Año	Número			Tasa		
		Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres	Total
Venezuela	1994	80	41	121	7,1	3,8	5,5
República de Corea	2001	110	85	195	5,9	4,9	5,4
Hong Kong	1999	12	12	24	5,1	5,3	5,2
Francia	1999	150	48	198	7,5	2,5	5,0
Dinamarca	1999	13	1	14	9,0	0,7	4,9
Israel	1999	24	2	26	8,7	0,8	4,9
Paraguay (áreas con notificación)	1987	5	7	12	3,9	5,6	4,7
Rumanía	2002	59	18	77	7,0	2,2	4,7
Holanda	2000	35	8	43	7,4	1,8	4,6
Suecia	2001	15	7	22	5,7	2,8	4,3
Brasil (sur, sureste y parte occidental central)	1995	286	128	414	5,7	2,6	4,2
Puerto Rico	1992	14	0	14	8,3	0,0	4,2
Reino Unido	1999	122	33	155	6,5	1,8	4,2
República de Moldavia	2002	13	2	15	7,1	1,1	4,1
China (áreas rurales y urbanas seleccionadas)	1999	179	253	432	3,2	4,8	4,0
Belice	1995	0	1	1	0,0	7,9	3,9
Eslovaquia	2002	13	4	17	5,8	1,9	3,9
Chile	1994	38	8	46	6,2	1,3	3,8
México	1995	263	117	380	5,1	2,3	3,7
España	2000	71	18	89	5,3	1,4	3,4
Panamá	1987	6	2	8	4,6	1,6	3,1
Albania	2001	4	5	9	2,8	3,3	3,0
República Dominicana	1985	10	12	22	2,7	3,2	2,9
Italia	2000	57	25	82	3,6	1,7	2,7
Macedonia	2000	1	3	4	1,2	3,7	2,4
Tajikistán	1999	11	3	14	3,3	0,9	2,1
Portugal	2000	9	3	12	2,6	0,9	1,8
Grecia	1999	10	2	12	2,7	0,6	1,7
Guyana	1984	2	0	2	3,4	0,0	1,7
Armenia	2002	2	1	3	1,3	0,6	1,0
Perú	1983	13	7	20	1,3	0,7	1,0
Jamaica	1985	2	0	2	1,4	0,0	0,7
Azerbaiyán	2002	5	0	5	1,1	0,0	0,6
República Árabe Siria (parcial)	1985	5	0	5	1,0	0,0	0,5
Georgia	2000	1	0	1	0,6	0,0	0,3
Egipto	1987	0	1	1	0,0	0,04	0,02
Bahamas	1995	0	0	0	0,0	0,0	0,0
Guatemala	1984	0	0	0	0,0	0,0	0,0
Kuwait	2001	0	0	0	0,0	0,0	0,0
Malta	2002	0	0	0	0,0	0,0	0,0
Filipinas	1996	0	0	0	0,0	0,0	0,0
Santa Lucía	1988	0	0	0	0,0	0,0	0,0
San Vicente y Granadinas	1986	0	0	0	0,0	0,0	0,0
Total		8.801	3.263	12.064	10,5	4,1	7,4

ligeramente superior a la detectada en los 90 países (o áreas geográficas) (7,4/100.000), ya señalada; la diferencia fue debida fundamentalmente a la mayor tasa de suicidio en los varones (tabla 2). Entre este último grupo de países, hubo 13 (incluyendo Rusia, Nueva Zelanda, los estados Bálticos, Kazajstán, Noruega, Canadá y Eslovenia) que presentaron tasas de suicidio superiores en 1,5 veces, o más, a la media. En 16 países (incluyendo Ucrania, Suiza, Estados Unidos, Austria, Irlanda, Bélgica, Hungría y Portugal) las tasas de suicidio fueron superiores a la media, aunque menos de 1,5 veces por encima de ésta. Un total de 34 países presentó tasas de suicidio inferiores a la media (tabla 2). Más de las dos terceras partes de los países que aparecen en la tabla 2 son europeos.

En 26 países (o áreas geográficas) fue posible manejar datos correspondientes a todo el período estudiado, es decir, 1965-1999. La tabla 3 recoge las tasas de suicidio en cada país (o área geográfica) por sexos a lo largo de tres períodos (1965-1979, 1980-1989 y 1990-1999). En los varones de los países europeos y no europeos del grupo de 15 a 19 años de edad se observó un incremento

en las tasas de suicidio, mientras que en las mujeres de estos mismos países y del mismo grupo de edad la tendencia del suicidio se mantuvo estable o disminuyó ligeramente. Durante todo el período de 1965-1999, las tasas de suicidio en los varones y mujeres jóvenes fueron mayores en los países no europeos que en los europeos (tabla 3, fig. 1).

Se evaluaron las causas de muerte en los 90 países (o áreas geográficas). Los datos se refirieron a los mismos años que los datos incluidos en la tabla 1. En los 90 países (o áreas geográficas) se analizó un total de 132.423 fallecimientos por cualquier causa en el grupo de personas de 15 a 19 años de edad (tabla 4). La causa más frecuente de muerte, tanto en varones como en mujeres, fue la correspondiente a los «accidentes con vehículos de motor», que constituyó aproximadamente la quinta parte de los fallecimientos. El suicidio fue la cuarta causa de muerte en los varones y la tercera en las mujeres. El suicidio constituyó el 9,1 % de todos los fallecimientos en el conjunto de adolescentes: el 9,5 % en los varones y el 8,2 % en las mujeres (tabla 4).

Tabla 2 Cifras y tasas de suicidio por cada 100.000 personas de 15 a 19 años de edad en los 63 países (o áreas geográficas) con datos disponibles en el año 1995

País (o área geográfica)	Número			Tasa		
	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres	Total
Federación Rusa	1.988	509	2.497	36,5	9,6	23,2
Nueva Zelanda	45	14	59	33,0	10,6	22,0
Lituania	42	8	50	32,7	6,4	19,7
Kazajstán	222	69	291	29,3	9,2	19,3
Letonia	21	5	26	25,1	6,1	15,7
Estonia	12	3	15	23,6	6,2	15,1
Finlandia	42	6	48	25,1	3,7	14,7
Bielorrusia	89	16	105	23,7	4,3	14,0
Kirgizistán	36	26	62	16,1	11,8	14,0
Noruega	28	8	36	20,3	6,1	13,4
Canadá	217	47	264	21,4	4,9	13,3
Cuba	41	58	99	10,5	15,5	12,9
Eslovenia	15	4	19	19,3	5,5	12,6
Mauricio	8	5	13	14,7	9,4	12,1
Ucrania	334	93	427	18,1	5,2	11,7
Suiza	32	14	46	15,7	7,2	11,6
República Checa	72	19	91	16,2	4,5	10,5
Estados Unidos	1.616	274	189	17,4	3,1	10,5
Austria	44	3	47	18,6	1,3	10,2
Irlanda	29	5	34	16,9	3,1	10,1
Barbados	1	1	2	9,6	9,8	9,7
Islandia	2	0	2	18,7	0,0	9,5
Bulgaria	43	15	58	13,4	4,9	9,3
Australia	87	27	114	13,4	4,4	9,0
Luxemburgo	1	1	2	8,8	9,2	9,0
Bélgica	38	17	55	12,1	5,6	8,9
Hungría	65	9	74	15,3	2,2	8,9
Croacia	24	5	29	14,2	3,1	8,8
Polonia	234	46	280	14,2	2,9	8,7
República de Moldavia	21	8	29	11,4	4,4	7,9
República de Corea	181	108	289	8,9	5,6	7,3
Suecia	27	9	3	10,3	3,6	7,1
Turkmenistán	28	4	32	12,1	1,8	7,0
China (áreas rurales y urbanas seleccionadas)	227	373	600	4,9	8,7	6,7
Eslovaquia	27	5	32	11,1	2,1	6,7
Alemania	220	66	286	9,9	3,1	6,6
Singapur	8	5	13	7,7	5,2	6,5
Israel	22	9	31	8,5	3,7	6,1
Costa Rica	13	7	20	7,1	4,0	5,6
Dinamarca	15	2	17	9,1	1,3	5,3
Francia	151	51	202	7,7	2,7	5,3
Rumanía	78	26	104	7,8	2,7	5,3
Uzbekistán	89	34	123	7,6	3,0	5,3
Argentina	113	60	173	6,7	3,6	5,2
Japón	287	136	423	6,6	3,3	5,0
Hong Kong	14	6	2	6,4	3,0	4,7
Brasil (sur, sureste y parte central occidental)	286	128	414	5,7	2,6	4,2
Reino Unido	106	31	137	6,0	1,8	4,0
Belice	0	1	1	0,0	7,9	3,9
España	100	21	121	6,2	1,4	3,9
México	263	117	380	5,1	2,3	3,7
Tajikistán	15	6	21	5,2	2,1	3,6
Malta	1	0	1	6,8	0,0	3,5
Holanda	21	11	32	4,4	2,4	3,5
Albania	5	4	9	3,7	2,7	3,2
Italia	81	22	103	4,4	1,2	2,9
Portugal	15	8	23	3,7	2,0	2,9
Grecia	9	6	15	2,3	1,6	2,0
Macedonia	1	1	2	1,2	1,2	1,2
Armenia	2	1	3	1,2	0,6	0,9
Kuwait	1	0	1	1,7	0,0	0,9
Azerbaiyán	4	0	4	1,2	0,0	0,6
Bahamas	0	0	0	0,0	0,0	0,0
Total	7.859	2.573	10.432	12,4	4,2	8,4

Tabla 3 Tasas de suicidio por cada 100.000 personas de 15 a 19 años de edad en 26 países (o áreas geográficas) con datos disponibles en el período 1965-1999

País (o área geográfica)	Varones			Mujeres			Total		
	1965-79	1980-89	1990-99	1965-79	1980-89	1990-99	1965-79	1980-89	1990-99
Mauricio	5,08	6,16	11,69	9,02	11,06	13,17	7,04	8,58	12,42
Canadá	13,75	20,74	19,85	3,38	3,65	4,95	8,66	12,40	12,59
Estados Unidos	10,22	15,30	16,4	2,84	3,66	3,38	6,57	9,59	10,11
Hong Kong	3,01	3,38	5,87	4,65	3,63	4,95	3,81	3,50	5,43
Japón	10,61	7,46	6,60	6,91	3,99	3,24	8,79	5,77	4,96
Singapur	4,99	5,19	6,33	7,48	7,42	4,37	6,20	6,27	5,38
Australia	9,12	14,13	16,89	3,50	3,05	4,15	6,37	8,72	10,68
Nueva Zelanda	7,49	17,51	28,60	2,96	4,24	9,80	5,28	11,01	19,33
Países no europeos	10,34	13,17	13,83	4,08	3,78	3,59	7,25	8,58	8,84
Austria	16,67	19,43	16,70	5,26	6,60	3,68	11,08	13,13	10,36
Bulgaria	7,55	10,22	12,20	5,15	5,89	4,25	6,38	8,11	8,32
Dinamarca	6,14	9,18	8,02	2,99	3,31	2,43	4,61	6,32	5,29
España	1,89	4,03	4,85	0,79	1,16	1,43	1,35	2,63	3,18
Finlandia	18,94	24,54	25,90	4,99	5,25	4,65	12,12	15,09	15,51
Francia	6,54	7,95	7,62	3,25	2,85	2,80	4,92	5,46	5,26
Grecia	1,51	2,61	2,17	1,72	1,72	0,76	1,61	2,18	1,49
Holanda	3,78	4,09	5,62	1,22	1,76	2,37	2,53	2,95	4,03
Hungría	19,56	16,23	13,81	8,01	6,82	3,94	13,92	11,67	9,00
Islandia	9,97	20,91	26,72	0,66	0,00	6,71	5,45	10,67	16,91
Irlanda	2,57	6,80	14,96	0,68	1,12	3,09	1,65	4,03	9,17
Italia	2,52	2,93	4,23	1,87	1,05	1,35	2,20	2,01	2,82
Luxemburgo	9,24	12,00	13,04	3,20	6,24	4,57	6,28	9,18	8,91
Noruega	7,04	15,71	17,37	1,92	3,45	6,63	4,54	9,74	12,12
Portugal	4,83	5,30	2,88	3,77	4,62	1,68	4,30	4,96	2,29
Suecia	8,69	8,46	8,27	5,48	3,84	4,23	7,12	6,21	6,30
Suiza	14,87	18,63	13,64	5,35	4,58	4,29	10,16	11,77	9,09
Reino Unido	3,49	4,95	5,92	1,84	1,42	1,65	2,68	3,23	3,85
Países europeos	5,50	6,61	7,13	2,67	2,35	2,26	4,11	4,53	4,75
Todos los países	9,12	11,41	12,14	3,73	3,40	3,26	6,46	7,49	7,82

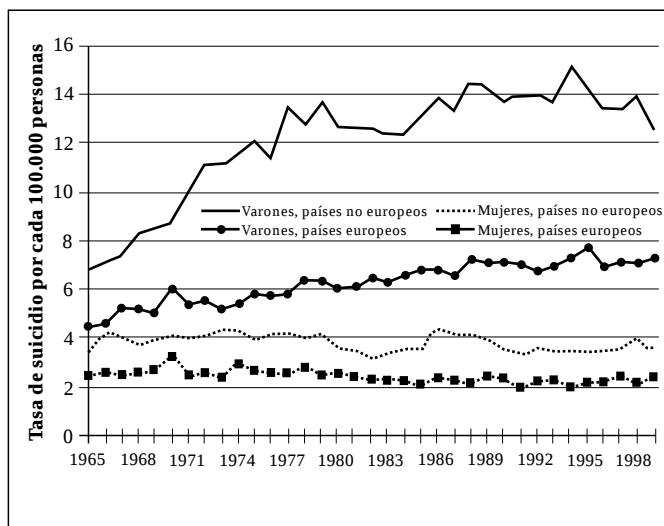


Figura 1 Tasas de suicidio por cada 100.000 personas de 15 a 19 años de edad, en 26 países (o áreas geográficas), según los datos correspondientes al período 1965-1999.

En el análisis de los datos de mortalidad de los 63 países (o áreas geográficas) en los que existían datos correspondientes al mismo año (1995) se observó un orden similar de las diferentes categorías de causas de muerte (datos no mostrados).

Las tasas de suicidio variaron sustancialmente entre los distintos países, en un factor de hasta 100. No obstante, hay que tener en cuenta que algunos países tienen una población pequeña en la que pueden existir variaciones aleatorias importantes en el número anual de suicidios.

Aunque los datos presentados en este estudio constituyen una base aceptable para evaluar el impacto global del suicidio en los jóvenes, es necesario tener en cuenta que todavía se carece de datos relevantes correspondientes a diversos países. Para una consideración más sólida y correcta del suicidio en todo el mundo es necesario conocer los datos relativos a estos países.

DISCUSIÓN

En este momento, todavía se carece de datos correspondientes al suicidio en muchos países. En nuestro estudio sólo fue posible obtener, a través de la base de datos de mortalidad de la OMS (la base de datos de mayor envergadura sobre esta cuestión en todo el mundo), los datos correspondientes a las personas de 15 a 19 años de edad de 90 países (o áreas geográficas), del total de las 192 naciones existentes en todo el mundo. Las estadísticas de mortalidad de la OMS aparecen segmentadas a menudo según el sexo y la edad. Sin embargo, algunos países no ofrecen datos de los fallecimientos en el grupo de personas de 15 a 19 años de edad y, por otra parte, a la OMS sólo pertenecen 130 estados.

La fiabilidad de las estadísticas correspondientes al suicidio ha sido cuestionada con frecuencia (4). Los suicidios son notificados de manera insuficiente, debido a razones culturales y religiosas, y también debido a los diferentes procedimientos de clasifi-

Tabla 4 Causas de muerte de los jóvenes de 15 a 19 años de edad en 90 países (o áreas geográficas), según la base de datos de mortalidad de la OMS, en febrero de 2004 (últimos datos disponibles en cada país o área geográfica)

Causas de muerte	Varones		Mujeres		Total	
	Número	%	Número	%	Número	%
Accidentes con vehículos de motor	19.643	21,2	6.919	17,4	26.562	20,1
Otros accidentes	19.274	20,8	5.084	12,8	24.358	18,4
Ataque con violencia	13.735	14,8	2.108	5,3	15.843	12,0
Suicidio	8.801	9,5	3.263	8,2	12.064	9,1
Tumores malignos	5.017	5,4	3.585	9,0	8.602	6,5
Enfermedades del sistema circulatorio	4.966	5,4	3.484	8,8	8.450	6,4
Enfermedades del sistema nervioso	3.765	4,1	2.230	5,6	5.995	4,5
Enfermedades del sistema respiratorio	2.878	3,1	2.061	5,2	4.939	3,7
Enfermedades infecciosas y parasitarias	2.580	2,8	2.116	5,3	4.696	3,5
Enfermedades del sistema digestivo	1.420	1,5	940	2,4	2.360	1,8
Malformaciones congénitas o deformidades	1.061	1,1	817	2,1	1.878	1,4
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	850	0,9	859	2,2	1.709	1,3
Trastornos mentales y del comportamiento	457	0,5	188	0,5	645	0,5
Otras causas	8.296	8,9	6.026	15,2	14.322	10,8
Total	92.743	100,0	39.680	100,0	132.423	100,0

cación y comprobación. El suicidio puede quedar enmascarado en otras muchas categorías distintas de causas de muerte. Lamentablemente, en el caso de los jóvenes, el fallecimiento debido a suicidio suele ser clasificado erróneamente o enmascarado por otros diagnósticos de mortalidad. Todo ello hace que el cuadro global del fallecimiento por suicidio sea incluso más grave de lo que se refleja en este estudio.

También se ofrece una comparación internacional de los datos. La información utilizada en este estudio, que refleja las cifras oficiales notificadas a la OMS por los estados miembro, está fundamentada en los certificados de fallecimiento firmados por el personal legalmente autorizado, generalmente los médicos o la policía, en los países respectivos. Habitualmente, estos profesionales tienen procedimientos específicos para estas circunstancias. A través de los estudios de comparación de las estadísticas de mortalidad no se ha podido determinar la manera en la que difieren estos procedimientos en los distintos países y regiones, ni tampoco la forma en la que éstos influyen en las estadísticas de suicidio.

Por otra parte, hay que tener en cuenta que la notificación de las estadísticas de mortalidad a la OMS presenta retrasos de grado variable en cada país. Por ello, los años respecto a los que existen datos no siempre son los mismos. Los datos del 71 % de los 90 países (o áreas geográficas) incluidos en el análisis se refirieron al período 1995-2002. Aproximadamente, la mitad (44 países) ofreció datos del año 2000 o posteriores. La mayor parte de estos 44 países pertenecía a la región europea. Los datos de los países restantes correspondían al período 1980-1994. Tras el análisis de los 90 países (o áreas geográficas), se repitieron los mismos análisis respecto a los 63 países (o áreas geográficas) en los que había datos de suicidio y estadísticas de mortalidad correspondientes al año 1995. Los resultados relativos a las tasas de suicidio y al orden del suicidio como causa de muerte fueron muy similares en ambos análisis (con excepción de un ligero aumento en la tasa global de suicidio en los jóvenes, en el análisis correspondiente al año 1995).

Durante el período estudiado se utilizaron varias clasificaciones CIE. Esta variabilidad puede haber constituido una fuente adicional de errores en la clasificación correspondiente a las estadísticas de mortalidad.

La tasa media de suicidio de 7,4/100.000 (10,5 en los varones y 4,1 en las mujeres) se puede considerar una estimación razonable para el grupo de 15 a 19 años de edad y se ha utilizado como una cifra base para la evaluación de las tasas de suicidio entre los adolescentes en diferentes comunidades locales.

En el cálculo de las tasas de suicidio, el número de suicidios en 12 países de gran tamaño con más de 1.000 suicidios en el grupo de jóvenes de 15 a 19 años de edad (Rusia, con 2.883 casos en 2002, y Estados Unidos, con 1.616 casos en 2000) representaron el 37,3 % del total, lo que influye en gran medida sobre la tasa media de suicidio. Un dato interesante es que las tasas de suicidio en estos dos países fueron muy distintas. En Rusia, la tasa de suicidio fue de 23,6/100.000, es decir, más de 3 veces superior a la media (7,4), mientras que en Estados Unidos fue de 8,0, es decir, muy próxima a la media. En Sri Lanka se observó una tasa de suicidio extraordinariamente elevada en el grupo de jóvenes de 15 a 19 años de edad: 46,5/100.000, es decir, más de 6 veces superior a la tasa media. Por desgracia, no existen datos relativos a Sri Lanka en los últimos años.

Al igual que ocurre en los otros grupos de edad, las tasas de suicidio en el grupo de jóvenes de 15 a 19 años de edad son mayores en los varones que en las mujeres. La tasa global de suicidio en los varones jóvenes fue 2,6 veces mayor que en las mujeres. Fueron excepciones a ello diversos países no europeos, como Sri Lanka, El Salvador, Cuba, Ecuador y China, en los que las tasas de suicidio en las mujeres del grupo de 15 a 19 años de edad fueron superiores a las de los varones del mismo grupo de edad. Este hecho requiere una investigación urgente.

Los datos correspondientes al período de los últimos 35 años (1965-1999) demuestran diferencias importantes en las tasas de suicidio entre los países europeos y no europeos. Llamen la atención las elevadas tasas de suicidio en los países no europeos. Una razón para explicar las tasas menores de suicidio en los países europeos (a pesar de que en esta región las tasas de suicidio también presentan grandes variaciones entre los distintos países), aparte de los factores culturales y psicosociales, podría ser la mayor concienciación por parte de los médicos de la importancia del tratamiento adecuado de las personas que sufren trastornos psiquiátricos, problemas psicosociales o estrés. Sin embargo, esta consideración no se aplica a toda la región europea, debido a que los países en fase de transición muestran tasas muy elevadas de suicidio, tanto en los adultos como en los jóvenes.

El hecho de que las tasas de suicidio sean mayores en los varones que en las mujeres es reconocido de manera general. No obstante, en nuestro estudio se demuestra que el suicidio como causa de muerte en el grupo de jóvenes de 15 a 19 años de edad es muy similar en ambos sexos: 9,5 % en los varones y 8,2 % en las mujeres.

El suicidio es una de las causas principales de muerte entre los jóvenes de ambos sexos. Constituye la primera causa de muerte

en este grupo de edad, después de: accidentes con vehículos de motor, otros accidentes, ataques con violencia (en los varones), y después de: accidentes con vehículos de motor, otros accidentes, tumores malignos (en las mujeres).

El análisis de los datos correspondientes a los países individuales revela diferencias tanto en las tasas de suicidio como en el orden que ocupa el suicidio entre las causas más frecuentes de muerte. Estas diferencias parecen ser debidas a factores sociales, culturales y de otro tipo, que requieren una investigación más detallada.

En conclusión, el suicidio entre los jóvenes constituye un problema de salud pública importante en muchos países, por lo que se recomienda con firmeza la aplicación de medidas de carácter preventivo (2).

Agradecimientos

Este artículo es un producto del World Psychiatric Association's Presidential Programme on Global Child Mental Health and Development realizado en colaboración con la Organización Mundial de la Salud y de la International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions. El programa ha sido organizado y controlado por un Comité de dirección presidido por A. Okasha y copresidido por N. Sartorius, cuyos miembros son H. Remschmidt (Director científico y presidente del Primary Prevention Task Force), S. Tyano (vicepresidente y presidente del Awareness Task Force), P. Jensen (presidente del Service Development Task Force), T. Okasha (secretario), B. Nurcombe, M. Belfer y J. Heiligenstein. Los miembros de los distintos grupos de trabajo son: A. Seif El-Din (Egipto), C. So (China), C. Hoven (Es-

tados Unidos), D. Wasserman (Suecia), D.Y. Song (China), E. Caffo (Italia), J. Cox (Reino Unido), J. Fayyad (Líbano), J. Bauermeister (Puerto Rico), K. Kelleher (Estados Unidos), K. Hoagwood (Estados Unidos), L.A. Rohde (Brasil), M. Flament (Canadá), M. Hong (Corea), P.-A. Rydelius (Suecia), R. Harrington (Reino Unido), S.F. Hung (China), T. Dmitrieva (Rusia) y T.A. Agoussou (Congo). El programa ha sido sufragado por una ayuda educativa de carácter ilimitado ofrecida por Eli Lilly and Company Foundation, así como por la generosa aportación de diversas instituciones y particulares.

World Psychiatry 2005; 3: 114-120

Bibliografía

1. Bertolote JM. Suicide in the world: an epidemiological overview, 1959-2000. In: Wasserman D (ed). Suicide - an unnecessary death. London: Dunitz, 2001:3-10.
2. Wasserman D (ed). Suicide - an unnecessary death. London: Dunitz, 2001.
3. Mittendorfer Rutz E, Wasserman D. Trends in adolescent suicide mortality in the WHO European Region. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2004;13:321-31.
4. La Vecchia C, Lucchini F, Levi F. Worldwide trends in suicide mortality, 1955-1989. *Acta Psychiatr Scand* 1994;90:53-64.
5. Diekstra RFW. The epidemiology of suicide and parasuicide. *Arch Suicide Res* 1996;2:1-29.
6. Schmidtke A, Weinracker B, Apter A. Suicide rates in the world: update. *Arch Suicide Res* 1999;5:81-9.
7. Yang B, Lester D. Natural suicide rates in nations of the world. Short report. *Crisis* 2004;25:187-8.

Trastorno por estrés postraumático en los niños

DEBRA KAMINER^{1,2}, SORAYA SEEDAT^{1,3}, DAN J. STEIN^{1,3}

¹WPA Section on Anxiety and Obsessive Compulsive Disorders

²Department of Psychology, University of Cape Town, Rondebosch 7701, Sudáfrica

³MRC Unit on Anxiety Disorders, University of Stellenbosch, Sudáfrica

Durante los 10 últimos años se ha venido observando con una frecuencia cada vez mayor que los niños que sufren exposición a episodios traumáticos pueden, al igual que los adultos ante esta misma exposición, desarrollar un trastorno por estrés postraumático (TEPT). Por lo tanto, los clínicos deben estar preparados para diagnosticar y tratar las reacciones por estrés postraumático en los niños. No obstante, la aplicación directa de los criterios diagnósticos del TEPT que se utilizan en el adulto puede dar lugar a dificultades en el diagnóstico de las reacciones por estrés postraumático que presentan los niños; además, sólo recientemente se ha comenzado a investigar la eficacia de los distintos tratamientos en los niños con TEPT. En este artículo se exponen diversas cuestiones relativas a la evaluación y al diagnóstico de las reacciones por estrés postraumático en los niños en diferentes fases de desarrollo; se consideran los factores neurobiológicos, cognitivos y de otro tipo que, según se ha propuesto, incrementan el riesgo de TEPT en los niños expuestos a traumatismo, y se evalúan los tratamientos psicoterapéuticos y farmacoterapéuticos actuales utilizados en los niños con TEPT. Se destaca la necesidad de una investigación más sistemática del tratamiento de los niños con TEPT.

Palabras clave: trastorno por estrés postraumático, niños y adolescentes, diagnóstico, psicoterapia, farmacoterapia

El trastorno por estrés postraumático (TEPT) apareció por primera vez en el DSM-III, en 1980. El impulso para el desarrollo de esta categoría diagnóstica se originó principalmente a través de la necesidad de considerar la gama característica de síntomas que presentaban los veteranos estadounidenses de la guerra de Vietnam y, por ello, el TEPT fue conceptualizado respecto a los adultos traumatizados. Sin embargo, desde aquella época se ha venido observando con una frecuencia cada vez mayor que, además de los adultos, los niños también pueden sufrir reacciones graves y de carácter debilitante frente a los traumatismos.

En varios estudios se ha señalado que los niños pueden desarrollar TEPT tras la exposición a una amplia gama de estresantes traumáticos como los delitos con violencia, el abuso sexual, los desastres naturales y la guerra. En los casos en los que se han utilizado métodos de evaluación relativamente estandarizados, la incidencia de TEPT en los niños supervivientes de desastres específicos ha oscilado entre el 30 y el 60 % (1, 2). Sin embargo, hasta el momento no se han realizado estudios epidemiológicos para evaluar la prevalencia del TEPT en los niños de la población general; a pesar de ello, en estudios de carácter comunitario efectuados en Estados Unidos se ha observado de manera constante que, aproximadamente, el 40 % de los estudiantes de secundaria sufre alguna forma de violencia doméstica o comunitaria y que entre el 3 y el 6 % padece TEPT (3, 4).

Las elevadas tasas de exposición a traumatismos con evidencia de TEPT en los niños indican que los especialistas en salud mental de todo el mundo deben estar preparados para reconocer en los niños estas reacciones postraumáticas que requieren una intervención terapéutica, con objeto de ofrecer un tratamiento eficaz y a tiempo. Este aspecto adquiere una importancia incluso mayor si tenemos en cuenta los graves problemas que supone el estrés postraumático para el desarrollo físico, cognitivo y emocional normal de los niños y adolescentes (5).

DIAGNÓSTICO Y EVALUACIÓN

El DSM-IV-TR describe tres grupos de síntomas en el TEPT: reexperimentación persistente del traumatismo (recuerdos persistentes e intrusivos de la situación traumática, evocación retrospectiva [*flashback*] y pesadillas recurrentes relacionadas con el traumatismo), desencadenada a menudo por la exposición a elementos que actúan como recordatorio del traumatismo; evitación de los elementos que actúan como recordatorio del traumatismo (lugares, personas y conversaciones), junto con un entu-

mecimiento general de la reactividad emocional, y –finalmente– hiperactivación fisiológica (*hyperarousal*) crónica, con trastornos del sueño, dificultades de concentración y actitud de vigilancia excesiva frente a las amenazas. El DSM señala que, en los niños, la reexperimentación puede tener lugar a través de juegos repetitivos que incluyen aspectos relacionados con el traumatismo, más que a través de recuerdos; además, también indica que las pesadillas pueden tener un contenido más de tipo generalizado que específico respecto al traumatismo. Tras una experiencia traumática, es común y esperable que los niños y los adultos muestren ciertos síntomas de intrusión, evitación e hiperactivación, los que suelen remitir espontáneamente al cabo de unos pocos días o semanas. Para establecer el diagnóstico de TEPT deben estar presentes, durante como mínimo 1 mes, al menos un síntoma de reexperimentación, tres síntomas de evitación/entumecimiento y dos síntomas de hiperactivación, que deben causar dificultades o alteraciones funcionales significativas. Cuando la duración de los síntomas es inferior a 1 mes, se establece el diagnóstico de trastorno por estrés agudo (TEA).

El TEPT infantil es diagnosticado tanto por exceso como por defecto, especialmente cuando la evaluación del paciente no se lleva a cabo de manera detallada o experta. Para establecer el diagnóstico de TEPT en los niños hay varios instrumentos de evaluación. Algunas entrevistas psiquiátricas estructuradas dirigidas a los niños, como la Diagnostic Interview for Children and Adolescents-Revised, (DICA-R) (6) y la Diagnostic Interview Schedule for Children-Version IV (DISC-IV) (7), incluyen un módulo de TEPT. Asimismo, el instrumento Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children (K-SADS) (8) contiene un módulo de TEPT que refleja los criterios tanto del DSM-III-R como del DSM-IV.

Hay también algunas entrevistas específicas para el TEPT, tales como la Clinician-Administered PTSD Scale-Child and Adolescent Version (9), la Child PTSD Checklist (10) y la Child PTSD Symptom Scale (11). Finalmente, también se han creado varias escalas para evaluar la gravedad de los síntomas del TEPT en los niños, como el Child Post-Traumatic Stress Reaction Index (12), la Child and Adolescent Trauma Survey (13) y la Trauma Symptom Checklist for Children (14).

Mientras que el TEPT en los adolescentes mayores tiene características similares a las del TEPT del adulto, en la valoración del trastorno postraumático de los niños pequeños los criterios diagnósticos desarrollados para el TEPT presentan dos limitaciones importantes. En primer lugar, ocho de los 18 criterios del TEPT requieren la descripción verbal de las experiencias y de es-

tados internos, una tarea que supera las capacidades cognitivas y de expresión mediante el lenguaje en los niños pequeños (15). Por lo tanto, el clínico debe intentar inferir a través de las observaciones del comportamiento si los pensamientos y sentimientos del niño son congruentes con los síntomas del TEPT. La información directa ofrecida por padres, profesores u otros observadores del entorno del niño constituye un componente importante en la evaluación diagnóstica, aunque hay que tener en cuenta que los padres suelen minimizar los síntomas del TEPT de sus hijos (15). Los instrumentos DISC-IV, DICA-R y K-SADS permiten determinar las características diagnósticas en función de la combinación de la información ofrecida por el niño y por sus padres. Por tanto, se recomienda el uso de múltiples instrumentos de valoración y la obtención de información a través de todas las personas posibles, con objeto de determinar el TEPT en las diferentes áreas de actividad (15). Dicho esto, no hay nada que pueda sustituir a una entrevista clínica detallada y realizada de forma apropiada.

En segundo lugar, aunque los niños que han sufrido un traumatismo muestran a menudo los síntomas centrales del TEPT del adulto, habitualmente también presentan varios síntomas que no se suelen recoger en las entrevistas y escalas estructuradas existentes en la actualidad. Entre ellos, la pérdida de las habilidades de desarrollo adquiridas recientemente (regresión), el inicio de nuevos temores o la reactivación de temores antiguos, los accidentes y el comportamiento temerario, la ansiedad por separación (manifestada a menudo por los abrazos acompañados de ansiedad intensa) y diversos problemas psicosomáticos, como molestias gástricas o cefaleas (16, 17). Además, los niños pequeños puedan expresar la ansiedad postraumática a través de la hiperactividad, la distracción y el incremento de la impulsividad, síntomas que se pueden confundir con los del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. La persistencia de los síntomas del TEPT junto con la acumulación de adversidades tras el traumatismo también puede dar lugar a una depresión secundaria que, cuando el contexto traumático incluye el fallecimiento de un familiar, se puede manifestar en los niños como un proceso de duelo complicado (5). Por lo tanto, mientras que en una entrevista estructurada se puede considerar que el niño traumatizado no cumple por completo los criterios diagnósticos «adulto-céntricos» del DSM (2) para el TEPT, el paciente puede manifestar una amplia gama de respuestas postraumáticas que justifican la intervención.

En tercer lugar, los hallazgos más recientes apoyan la hipótesis de que los niños con criterios subliminares pueden no mostrar diferencias significativas con los niños que cumplen los tres criterios básicos (reexperimentación, evitación e hiperactivación) con respecto a la alteración funcional y al sufrimiento. En un estudio realizado por Carrión y cols. (18), los niños con TEPT subliminar mostraron alteraciones funcionales específicas de los síntomas del TEPT que no eran debidas a comorbilidad. Esta relación indica que podría ser más adecuado establecer el diagnóstico de TEPT en los niños y adolescentes teniendo en cuenta la intensidad de los síntomas y su relación con la alteración funcional, más que considerando el número de síntomas exigidos por el umbral.

En cuarto lugar, mientras que en estudios prospectivos efectuados en adultos se ha demostrado que el TEA se asocia a la aparición posterior de TEPT (19, 20), son muy escasos los datos empíricos publicados respecto a esta entidad en los niños. En un estudio prospectivo efectuado sobre niños y publicado recientemente se han planteado dudas acerca de la idoneidad de los criterios diagnósticos actuales, dado que el 60 % de los niños con lesiones causadas por accidentes de tráfico que participaron en el estudio y que desarrollaron posteriormente un TEPT no cumplían ni siquiera los criterios del TEA subsindrómico durante el primer mes tras el accidente (21). Estos datos sugieren que en la evaluación del TEA en los niños es importante considerar los factores

contextuales del desarrollo y los factores sociales que posiblemente intermedian o modulan la transformación del TEA en TEPT (p. ej., la edad, el sexo, y la morbilidad psiquiátrica, otros acontecimientos vitales, el funcionamiento familiar, las características psicopatológicas de los padres) (22).

ETIOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO

Dado que no todos los niños (o adultos) que sufren un traumatismo desarrollan un TEPT, la identificación de los mecanismos etiológicos y de los factores de riesgo que dan lugar al desarrollo del trastorno ha constituido una línea de trabajo importante en la investigación más reciente sobre el TEPT.

En la fisiopatología del TEPT, las teorías neurobiológicas han implicado en gran medida a los sistemas adrenérgico, serotoninérgico, dopaminérgico, endocrino, del ácido γ -aminobutírico, de los opioides, y del N-metil-D-aspartato (23). Los datos actuales indican que, al igual que ocurre en los adultos traumatizados, los niños que han sufrido un traumatismo muestran una alteración en el ritmo circadiano del eje hipotálamo-hipófiso-suprarrenal (HHS), a pesar de que no existe consenso respecto a si las concentraciones de cortisol están elevadas o disminuidas en el TEPT pediátrico. Por ejemplo, en un estudio reciente no se pudo demostrar el incremento en la supresión de la secreción matutina de cortisol en adolescentes que habían sufrido un traumatismo, con manifestación de TEPT o sin ella (24), al contrario de lo que se ha observado en los adultos con TEPT. En los adultos, los datos más recientes indican que las concentraciones bajas de cortisol pueden ser un elemento predictivo temprano, más que una consecuencia del trastorno. Por ejemplo, en un estudio en el que se evaluaron las respuestas del cortisol en el período inmediatamente posterior a cuadros de violación, las concentraciones disminuidas de cortisol se asociaron al antecedente de violación o asalto con violencia (factores de riesgo para el TEPT), pero no al desarrollo de TEPT en sí mismo (25). Estos hallazgos no han sido reproducidos en los niños y adolescentes con TEPT.

Los estudios realizados con técnicas de imagen cerebral para evaluar específicamente los efectos del traumatismo infantil y del TEPT sobre los volúmenes cerebrales han sido limitados. De Bellis y cols. (26) no observaron disminución de los volúmenes del hipocampo en niños que habían sobrevivido a cuadros de abuso infantil, pero sí detectaron una disminución de grado ligero en el volumen de todo el cerebro y del cuerpo caloso, lo que puede indicar un efecto sobre el desarrollo cerebral global. En un estudio efectuado con seguimiento y con control acerca de los parámetros socioeconómicos (27), los autores observaron una correlación positiva entre los volúmenes cerebrales y la edad a la que se inició el TEPT, así como una relación negativa con los cuadros de abuso. Se mantiene el debate sobre si la disminución del volumen del hipocampo es un antecedente o una consecuencia del desarrollo del TEPT, y también sobre el valor que tiene este hecho para predecir la respuesta frente al traumatismo. No obstante, los hallazgos efectuados en un estudio reciente realizado sobre parejas de gemelos no idénticos en relación con la exposición a traumatismo y con el TEPT se ha señalado que, de hecho, la existencia de volúmenes preexistentes inferiores del hipocampo puede predisponer a los pacientes a desarrollar TEPT tras un traumatismo (28).

Las teorías cognitivo-conductuales han subrayado la implicación de los procesos de procesamiento de la información y de aprendizaje en el desarrollo del TEPT. Por ejemplo, Foa y cols. (29) señalaron que tras un traumatismo se establece una red de temor que almacena información relativa a las fuentes de amenaza, y que estas representaciones relacionadas con el traumatismo son activadas por elementos externos e internos. En los pacientes con TEPT, esta estructura de temor incluye un número

especialmente elevado de elementos de estímulos y, por lo tanto, es bastante accesible. De la misma manera, Keane y cols. (30) propusieron que la respuesta de temor del TEPT aparece a través de un proceso de condicionamiento clásico, en el que el temor se asocia a elementos que están presentes durante el traumatismo real (p. ej., un arma de fuego) y se desarrolla a través de un proceso de generalización del estímulo, mientras que cualquier estímulo asociado a estos elementos (p. ej., el ruido del motor de un coche o la explosión de un petardo) también induce una respuesta de temor. La evitación continuada de los elementos traumáticos refuerza la respuesta de temor, de manera que el paciente no tiene oportunidad para «desaprenderla» (*un-learn*).

Las formulaciones etiológicas del TEPT infantil deben incorporar necesariamente una perspectiva de desarrollo. Por ejemplo, la evaluación cognitiva subjetiva de los acontecimientos traumáticos varía según el nivel de desarrollo del niño, así como varían los mecanismos a través de los cuales los recuerdos traumáticos son codificados y recordados (5). Todavía queda mucho por comprender acerca del papel que desempeñan los factores del desarrollo en los mecanismos neurobiológicos, cognitivos y de otro tipo que pueden facilitar una vulnerabilidad frente al TEPT.

Hay algunos datos que indican que, al igual que en los adultos, el riesgo de TEPT en los niños aumenta con la proximidad física al traumatismo y con la exposición a un traumatismo previo; además, debido a factores biológicos, socioculturales, o a ambos, el riesgo de TEPT puede ser mayor en las niñas que en los niños (esta cuestión se revisa en 31). Por otra parte, las dificultades que sufren los padres en relación con el traumatismo aumentan el riesgo de que el niño sufra un TEPT (15), debido a que se reduce la capacidad de los padres para crear un clima de seguridad tras el traumatismo y para contener el temor y la ansiedad que sufre el niño.

TRATAMIENTO

La intervención terapéutica sobre los niños con TEPT es característicamente multimodal y comprende el tratamiento del niño, la intervención con los padres o cuidadores y la optimización del apoyo proporcionado por el contexto escolar. Antes de iniciar el trabajo psicoterapéutico, es importante garantizar la seguridad física del niño, especialmente en los casos en los que éste ha sido víctima de abuso. Esta medida puede obligar a la coordinación con los organismos apropiados (p. ej., servicios sociales, policía o sistema judicial). Los parámetros actuales de práctica recomiendan que el tratamiento de primera línea en los niños con TEPT sea la psicoterapia, manteniendo la psicofarmacoterapia como un tratamiento complementario para aquellos niños que muestran comorbilidad destacada, con síntomas de depresión o de angustia (15). Hay datos recientes que indican que algunos medicamentos también pueden ser eficaces en el tratamiento de los síntomas centrales del TEPT en los niños.

Dado que el estudio empírico sistemático de la eficacia de las intervenciones terapéuticas frente al TEPT en los niños está todavía en sus comienzos, aún no hay pruebas empíricas que demuestren la superioridad de la psicoterapia sobre la medicación, ni tampoco que la combinación de ambos abordajes terapéuticos sea más eficaz que la aplicación de uno solo de ellos.

Psicoterapia

Las intervenciones psicoterapéuticas en los niños suelen estar basadas en las que se han desarrollado para los adultos que han sufrido traumatismo, aplicando las modificaciones apropiadas respecto a la edad; no obstante, las pruebas empíricas

que demuestren la eficacia de estas formas de intervención son más escasas en niños que en adultos. La intervención sobre el niño comprende generalmente los componentes siguientes: psicoeducación, exploración directa del traumatismo, técnicas para el control de los síntomas, y exploración y modificación de las atribuciones cognitivas imprecisas respecto al traumatismo (15, 32).

La eficacia de la terapia cognitivo-conductual (TCC) en el TEPT en niños se ha demostrado empíricamente con mayor frecuencia que la de otras formas de intervención, aunque todavía son escasos los estudios efectuados sobre la TCC con asignación aleatorizada y control (33). Posiblemente, los estudios de carácter más riguroso (generalmente, con asignación aleatorizada a grupos de tratamiento de tipo manual bien definido frente a grupos de control con otros tratamientos o frente a lista de espera) se han centrado sobre el efecto de la TCC en el traumatismo sufrido por niños con cuadros de abuso sexual (34), aunque la TCC se ha ampliado a los niños expuestos a otros tipos de traumatismos (35, 36). En estos estudios se han obtenido datos que apoyan la eficacia de la TCC enfocada hacia el traumatismo, la depresión y los problemas del comportamiento en los niños con TEPT (37).

En los niños se aplica característicamente un abordaje de exposición gradual, que consiste en un análisis detallado de la experiencia traumática y de los recuerdos, pensamientos y sentimientos asociados con el episodio. Este abordaje puede ser más fácil haciendo que el niño o el adolescente escriba sobre el papel todo lo ocurrido en el traumatismo, de manera que después el niño y el terapeuta pueden leer lo escrito durante las sesiones terapéuticas (38). De esta manera, el niño puede desarrollar una sensación de control sobre los síntomas y sobre los sentimientos que lo abruman. También se exploran las suposiciones cognitivas distorsionadas relativas al traumatismo (p. ej., la autoinculpación), desarrollando explicaciones alternativas más realistas. Otras intervenciones psicoterapéuticas que han sido apoyadas por lo observado en casos aislados, pero sobre las cuales hay pocos datos empíricos, son la terapia psicodinámica y las técnicas de desensibilización y reprocesamiento de los movimientos oculares (33).

Existe el consenso general de que los padres deben participar en la intervención psicoterapéutica con los niños que sufren TEPT (15, 33, 39). Como mínimo, esa participación debe incluir alguna forma de psicoeducación que considere la normalización y explicación de las respuestas postraumáticas, junto con el suministro de información sobre la manera con la que se deben conducir los padres respecto al niño en el hogar. En las situaciones en las que los padres parecen sufrir una dificultad emocional significativa a consecuencia del traumatismo, la intervención terapéutica también los debe ayudar a explorar y resolver estos sentimientos, de manera que puedan responder mejor a las necesidades emocionales del niño. La psicoeducación también se puede ofrecer a los profesores del niño, de manera que sean capaces de comprender y responder frente a las necesidades emocionales del niño, desarrollando expectativas apropiadas y técnicas de control del comportamiento.

Hay poca información relativa a las ventajas o desventajas de las intervenciones psicosociales tempranas en los niños que sufren las secuelas inmediatas de un traumatismo (40). Se ha propuesto que la exposición de los niños traumatizados a una intervención psicosocial prematura puede ser peligrosa, debido a que conlleva el riesgo de sensibilizar al niño frente a los elementos recordatorios del episodio antes de que transcurra el tiempo necesario para que tenga lugar la resolución de la experiencia (40).

Hasta el momento, no se han efectuado estudios de carácter empírico para evaluar el abordaje de «rendición de cuentas» psicológica en los niños y adolescentes durante el primer mes tras el

episodio traumático. Sin embargo, en estudios efectuados en adultos se ha señalado que la rendición de cuentas psicológica puede dar lugar a resultados peores a largo plazo, en comparación con la actitud de no aplicar este abordaje terapéutico. Según datos empíricos, la TCC centrada sobre el traumatismo se puede recomendar como intervención temprana (1-6 meses desde el traumatismo) en los niños sintomáticos, especialmente en el contexto del abuso sexual (40).

Farmacoterapia

El tratamiento farmacológico en el TEPT infantil ha sido objeto de poca investigación empírica. Los agentes farmacológicos eficaces son idealmente los que: *a)* actúan sobre los síntomas incapacitantes; *b)* mejoran la calidad de vida del niño/adolescente, facilitando su crecimiento y desarrollo normales a largo plazo, y *c)* facilitan el proceso de la psicoterapia, al permitirle al niño traumatizado el control del material emocionalmente estresante, así como la mitigación de su sufrimiento (41).

Los agentes adrenérgicos (p. ej., la clonidina y la guanfacina, antagonistas del receptor adrenérgico α_2 , y el propranolol, antagonista del receptor adrenérgico β reducen la estimulación simpática y han demostrado ser eficaces en el tratamiento de los síntomas de hiperactivación, reexperimentación e impulsividad que se observan en el TEPT. En los ensayos clínicos efectuados con diseño abierto, la administración de clonidina por vía oral (0,05 a 0,1 mg/día) (42) y la aplicación de parches transdérmicos de clonidina (0,1 a 0,2 mg/día) (43) han sido eficaces para reducir los síntomas de TEPT en los niños, especialmente la ansiedad, la hiperactivación, el insomnio y el comportamiento impulsivo y agresivo. En un estudio se observó que la guanfacina es eficaz para reducir las pesadillas (44). En otro estudio, propranolol redujo significativamente los síntomas de intrusión y de hiperactivación a lo largo de un período de 5 semanas en 8 de 11 niños con TEPT que habían sufrido abuso (45).

Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) se utilizan con frecuencia en el tratamiento del TEPT del adulto. En congruencia con los datos obtenidos en adultos a través de estudios con control, hay cada vez más pruebas de su eficacia en otros trastornos de ansiedad en niños y adolescentes (46). Aunque no se han publicado ensayos clínicos realizados con control acerca del efecto de los ISRS en el TEPT infantil, hay algunos datos obtenidos en estudios con diseño abierto respecto a los efectos de citalopram en el TEPT de los adolescentes, que demuestran su eficacia en los tres síntomas básicos (47). Dado que los ISRS actúan sobre los síntomas básicos y presentan un perfil favorable de efectos adversos, posiblemente se puedan utilizar como agentes de primera línea en el TEPT. En este grupo de edad también se han utilizado otros agentes serotoninérgicos, como nefazodona y ciproheptadina, pero aún no existen datos relativos a su seguridad (48, 49).

Aunque en ensayos clínicos aleatorizados se ha demostrado la eficacia de los antidepresivos tricíclicos y de los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) en el TEPT del adulto, todavía no se han efectuado estudios con control a este respecto sobre el TEPT pediátrico. El bloqueador de la dopamina risperidona (50) y el sedante carbamacepina (51) han dado lugar a resultados prometedores en estudios de pequeña envergadura realizados con diseño abierto sobre niños y adolescentes, respectivamente, con TEPT crónico.

No se ha determinado la utilidad de las benzodiacepinas en el TEPT pediátrico. La falta de datos que indiquen su eficacia en la reducción de los síntomas de TEA y de TEPT en los adultos traumatizados, junto con su perfil desfavorable de efectos adversos, hace que constituyan una elección poco apropiada en los jóvenes.

Casi no existen estudios realizados con control para determinar las intervenciones medicamentosas muy tempranas en los niños traumatizados (40). Se ha publicado un ensayo clínico aleatorizados y con control doble ciego sobre niños con TEA en el contexto de cuadros de quemaduras agudas. En este estudio se comparó la administración de imipramina con la de hidrato de cloral durante un período de 7 días, en un grupo de 25 niños con TEA (52), y se demostró su superioridad en el tratamiento de los síntomas del TEA. En un estudio de características más naturalistas, Saxe y cols. (53) evaluaron el uso de un opiáceo (morfina) para prevenir la aparición de TEPT en niños que habían sufrido quemaduras. La dosis de morfina administrada a los niños durante la hospitalización por las quemaduras dio lugar a una reducción significativa de los síntomas del TEPT a lo largo de un período de 6 meses.

CONCLUSIONES

El TEPT es reconocido con una frecuencia cada vez mayor como un trastorno prevalente e incapacitante en los niños y adolescentes, tanto en los países desarrollados como en los que permanecen en vías de desarrollo. Aunque todavía queda mucho camino por recorrer, se han efectuado avances importantes en el conocimiento de sus factores de riesgo y de su patogenia. La investigación sobre el tratamiento del TEPT en este grupo de edad está todavía en sus comienzos, y hay una necesidad urgente de realizar ensayos clínicos aleatorizados y controlados adicionales. En cualquier caso, actualmente hay varias formas de intervención terapéutica frente al TEPT infantil.

World Psychiatry 2005; 3: 121-125

Bibliografía

1. Goenjian AK, Pynoos RS, Steinberg AM et al. Psychiatric comorbidity in children of the 1988 earthquake in Armenia. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995;34:1174-84.
2. Yule W. Posttraumatic stress disorder in children and adolescents. *Int Rev Psychiatry* 2001;13:194-200.
3. Cuffe SP, Addy CL, Garrison CZ et al. Prevalence of PTSD in a community sample of older adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998;37:147-54.
4. Giaconia RM, Reinherz HZ, Silverman AB et al. Traumas and post-traumatic stress disorder in a community population of older adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995;34:1369-80.
5. Pynoos R, Steinberg AM, Goenjian A. Traumatic stress in childhood and adolescence: recent developments and current controversies. In: van der Kolk B, McFarlane AC, Weisaeth L (eds). *Traumatic stress: the effects of overwhelming experience on mind, body and society*. New York: Guilford, 1996:331-58.
6. Reich W, Shayka JJ, Taibelson C. *Diagnostic Interview for Children and Adolescents (DICA)*. St. Louis: Washington University, 1991.
7. Shaffer D, Fisher P, Dulcan M et al. The NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC-2.3): description, acceptability, prevalences and performance in the MECA study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000;39:28-38.
8. Kaufman J, Birmaher B, Brent D et al. Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children - Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36:980-8.
9. Nader KO, Kriegler JA, Blake DD et al. Clinician Administered PTSD Scale, Child and Adolescent Version (CAPS-C). White River Junction: National Center for PTSD, 1994.
10. Newman E, Amaya-Jackson L. Assessment of trauma instruments for children. Presented at the 12th International Conference for

- Traumatic Stress Studies, San Francisco, November 1996.
11. Foa EB, Johnson KM, Feeny NC et al. The Child PTSD Symptom Scale: a preliminary examination of its psychometric properties. *J Clin Child Psychol* 2001;30:376-84.
 12. Nader K, Pynoos R, Fairbanks LA et al. A preliminary study of PTSD and grief among the children of Kuwait following the Gulf crisis. *Br J Clin Psychol* 1993;32:407-16.
 13. March J. Assessment of pediatric posttraumatic stress disorder. In: Saigh P, Bremner D (eds). *Posttraumatic stress disorder: a comprehensive text*. New York: Allyn & Bacon, 1999:199-218.
 14. Briere J. Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC). Odessa: Psychological Assessment Resources, 1996.
 15. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998;37(Suppl.):4S-26S.
 16. Herbert M. Posttraumatic stress disorder in children. Leicester: British Psychological Society, 1996.
 17. Yule W. Posttraumatic stress disorders. In: Rutter M, Taylor E, Hersov L (eds). *Child and adolescent psychiatry: modern approaches*, 3rd ed. Oxford: Blackwell, 1995:392-406.
 18. Carrion VG, Weems CF, Ray R et al. Toward an empirical definition of pediatric PTSD: the phenomenology of PTSD symptoms in youth. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002;41:166-73.
 19. Brewin CR, Andrews B, Rose S et al. Acute stress disorder and posttraumatic stress disorder in victims of violent crime. *Am J Psychiatry* 1996;156:360-6.
 20. Bryant R, Harvey A. Acute stress disorder: a handbook of theory, assessment, and treatment. Washington: American Psychological Association, 1996.
 21. Kassam-Adams N, Winston FK. Predicting child PTSD: the relationship between acute stress disorder and PTSD in injured children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004;43:403-11.
 22. March JS. Acute stress disorder in youth: a multivariate prediction model. *Biol Psychiatry* 2003;53:809-16.
 23. Friedman MJ, Southwick SM. Towards pharmacotherapy for post-traumatic stress disorder. In: Friedman MJ, Charney DS, Deutch AY (eds). *Neurobiological and clinical consequences of stress: from normal adaptation to PTSD*. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1995:465-81.
 24. Lipschitz DS, Rasmusson AM, Yehuda R et al. Salivary cortisol responses to dexamethasone in adolescents with posttraumatic stress disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003;42:1310-7.
 25. Resnick HS, Yehuda R, Pitman RK et al. Effect of previous trauma on acute plasma cortisol following rape. *Am J Psychiatry* 1995;152:1675-7.
 26. De Bellis MD, Keshavan MS, Clark DB et al. Developmental traumatology, part II: Brain development. *Biol Psychiatry* 1999;45:1271-84.
 27. De Bellis MD, Kashavan MS, Frustaci K et al. Superior temporal gyrus volumes in maltreated children and adolescents with PTSD. *Biol Psychiatry* 2002;51:544-52.
 28. Gilbertson MW, Shenton ME, Ciszewski A et al. Smaller hippocampal volume predicts pathologic vulnerability to psychological trauma. *Nature Neurosci* 2002;5:1242-7.
 29. Foa EB, Steketee G, Rothbaum BO. Behavioral/cognitive conceptualisations of posttraumatic stress disorder. *Behav Ther* 1989;20:155-76.
 30. Keane TM, Zimering RT, Caddell JM. A behavioral formulation of posttraumatic stress disorder in Vietnam veterans. *Behav Ther* 1985;8:9-12.
 31. Pfefferbaum B. Posttraumatic stress disorder in children: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36:1503-11.
 32. Cohen JA, Berliner L, March JS. Treatment of children and adolescents. In: Foa EB, Keane TM, Friedman MJ (eds). *Effective treatments for PTSD: practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. New York: Guilford, 2000:106-38.
 33. Cohen JA, Berliner L, March JS. Treatment guidelines: treatment of children and adolescents. In: Foa EB, Keane TM, Friedman MJ (eds). *Effective treatments for PTSD: practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. New York: Guilford, 2000:330-2.
 34. King NJ, Tange BJ, Mullen P et al. Treating sexually abused children with posttraumatic stress symptoms: a randomized clinical trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000;39:1347-55.
 35. Goenjian AK, Karayan I, Pynoos RS et al. Outcome of psychotherapy among pre-adolescents after the 1988 earthquake in Armenia. *Am J Psychiatry* 1997;154:536-42.
 36. March JS, Amaya-Jackson L, Murray MC et al. Cognitive-behavioral psychotherapy for children and adolescents with PTSD after a single-incident stressor. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998;37:585-93.
 37. Cohen JA, Deblinger E, Mannarino AP et al. A multisite, randomized, controlled trial for children with sexual abuse-related PTSD symptoms. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004;43:393-402.
 38. Pine DS, Cohen JA. Trauma in children and adolescents: risk and treatment of psychiatric sequelae. *Biol Psychiatry* 2002;51:519-31.
 39. March JS, Feeny N, Amaya-Jackson L et al. Traumatic stress disorders in children. In: Nutt D, Davidson JRT, Zohar J (eds). *Post-traumatic stress disorder: diagnosis, management and treatment*. London: Dunitz, 2000:147-62.
 40. Cohen JA. Treating acute posttraumatic reactions in children and adolescents. *Biol Psychiatry* 2003;53:827-33.
 41. Donnelly CL, Amaya-Jackson L. Post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *Epidemiology, diagnosis and treatment options*. *Pediatr Drugs* 2002;4:159-70.
 42. Perry BD. Neurobiological sequelae of childhood trauma: PTSD in children. In: Murburg MM (ed). *Catecholamine function in posttraumatic stress disorder: emerging concepts*. Washington: American Psychiatric Press, 1994:233-55.
 43. Harmon RJ, Riggs PD. Clinical perspectives: clonidine for post-traumatic stress disorder in preschool children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996;35:1247-9.
 44. Horrigan JP. Guanfacine for posttraumatic stress disorder nightmares. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996;35:975-6.
 45. Famularo R, Kinscherff R, Fenton T. Propranolol treatment for childhood posttraumatic stress disorder, acute type: a pilot study. *Am J Dis Child* 1988;142:1244-7.
 46. Rupp Anxiety Study Group. An eight-week placebo-controlled trial of fluvoxamine for anxiety disorders in children and adolescents. *N Engl J Med* 2001;344:1279-85.
 47. Seedat S, Stein DJ, Ziervogel C et al. Comparison of response to a selective serotonin reuptake inhibitor in children, adolescents, and adults with PTSD. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2002;12:37-46.
 48. Domon SE, Andersen MS. Nefazodone for PTSD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000;39:942-3.
 49. Gupta S, Austin R, Cali LA et al. Nightmares treated with cypheptadine. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998;37:570-2.
 50. Horrigan JP. Risperidone appears effective for children, adolescents with severe PTSD. Presented at the Annual Meeting of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Anaheim, October-November 1998.
 51. Loof D, Grimley P, Kuller F et al. Carbamazepine for PTSD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995;34:703-4.
 52. Robert R, Blackeney PE, Villareal C et al. Imipramine treatment in pediatric burn patients with symptoms of acute stress disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999;38:873-82.
 53. Saxe G, Stoddard F, Courtney D et al. Relationship between acute morphine and the course of PTSD in children with burns. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001;40:915-21.

El 13º Congreso Mundial de Psiquiatría (El Cairo, 10-15 de septiembre de 2005)

AHMED OKASHA

President of the Congress

El 13º Congreso Mundial de Psiquiatría se celebrará en El Cairo, Egipto, entre el 10 y el 15 de septiembre de 2005. Es la primera ocasión en la historia de la WPA en la que el Congreso Mundial se celebra en un país africano y musulmán.

Los antiguos egipcios ya conocían los trastornos mentales hace 5.000 años. A pesar de las creencias de tipo mágico, los pacientes psiquiátricos eran atendidos y tratados de la misma manera que los que sufrían problemas físicos. En el país que vio nacer los cimientos de la civilización, nuestra Asociación organizará el Congreso bajo el lema «5.000 años de ciencia y asistencia: cons-

truyamos el futuro de la psiquiatría», con objeto de discutir los aspectos nuevos y antiguos de la psiquiatría y establecer su futuro.

En el Congreso se revisarán la situación actual y las complejidades de la psiquiatría de hoy en día. Cuatro conferencias plenarios organizadas por el presidente actual y el presidente electo de la WPA, el premio Nobel de Química, el egipcio A. Zewail, ganador también del Premio Jean Delay de 2005. Se celebrarán 13 conferencias básicas y 12 conferencias especiales dirigidas por expertos eminentes en las diversas áreas de la psiquiatría. Habrá 16 simposios especiales, 10 foros, 4 debates y 6 sesiones de proyecciones de vídeo. Además, se han recibido 282 contribuciones a los simposios, 86 a los seminarios y cursos, 601 presentaciones orales, 824 presentaciones en

forma de pósters y 157 nuevos resúmenes de estudios de investigación.

Por primera vez en un Congreso Mundial, se organizarán conferencias magistrales de casos clínicos con participación de pioneros mundiales en psiquiatría clínica y con una implicación activa de la audiencia. De hecho, más del 90 % de los participantes del Congreso serán clínicos que deberán regresar a sus lugares de trabajo con una base para la actualización de sus conocimientos y capacidades.

Hay más detalles relativos al Congreso en el sitio web www.wpa-cairo2005.com.

El lector será bienvenido a Egipto para disfrutar de los avances más recientes de nuestra profesión y, al mismo tiempo, visitar un país que representa la cuna de la civilización.

Aspectos destacados de las reuniones científicas de la WPA

PEDRO RUIZ

WPA Secretary for Meetings

El año 2004 ha sido extremadamente productivo en lo que se refiere a las reuniones científicas de la WPA. Además de las 30 reuniones científicas copatrocinadas que se han llevado a cabo en las 13 zonas de la WPA, 13 de las cuales fueron copatrocinadas por las sociedades miembro de la WPA, se celebraron 15 reuniones patrocinadas por las secciones científicas de la WPA, incluyendo las Secciones de religión, espiritualidad y psiquiatría; de trastornos afectivos; de medios de comunicación y salud mental; de salud mental de la mujer; de sistema legal, psiquiatría y ética; de historia de la psiquiatría; de suicidiología; de rehabilitación psiquiátrica; de psiquiatría de las adicciones, y de psiquiatría transcultural.

Sin embargo, los eventos más destacados del año han sido cuatro reuniones científicas patrocinadas por la WPA. Cada una de ellas se convirtió en un acontecimiento relevante y constituyó una contribución importante a las iniciativas globales planteadas en los objetivos del Comité operativo de reuniones científicas de la WPA.

Entre el 10 y el 13 de junio de 2004 se celebró una Reunión regional de la WPA en Praga, República Checa, en conexión con la reunión nacional de la Czech Psychiatric Society. Esta Reunión Regional dio lugar a la primera fase de la organización del 14.º Congreso Mundial de Psiquiatría, que se celebrará en Praga, República Checa, en el otoño de 2008.

Entre el 17 y el 19 de septiembre de 2004, se celebró una Reunión Regional e Interzonal en Lahore, Pakistán. Participaron en este acontecimiento científico más de 1.000 psiquiatras en representación de más de 20 países, que examinaron las necesidades específicas de salud mental existentes en esta región. Además del liderazgo pleno de la WPA, representado por todos los miembros del Comité ejecutivo de la WPA, los representantes del Royal College of Psychiatrists también desplegaron una gran actividad en las iniciativas científicas y profesionales de este acontecimiento científico. Haroon Rashid Chaudry, Representante de zona de la WPA en esta región, mantuvo un liderazgo sólido y una visión excelente de las necesidades, los problemas y las soluciones relativos al sistema asistencial de salud mental en los países implicados en esta importante reunión

científica. Además, esta Reunión Regional e Interzonal de la WPA fue la primera que se organizó en esta zona de la WPA.

Entre el 10 y el 13 de noviembre de 2004 se celebró en Florencia, Italia, un Congreso Internacional de la WPA bajo el patrocinio de la Italian Psychiatric Association y con la sólida presidencia ejercida por Mario Maj. El profesor Maj no solamente fue el presidente del Comité organizador de este Congreso sino que también representó al Comité Ejecutivo de la WPA como Secretario de Publicaciones de la WPA. Bajo la sabia dirección del profesor Maj, este destacado acontecimiento científico simbolizó las aspiraciones de la WPA respecto a las contribuciones científicas de alta calidad en el campo de la psiquiatría. El Congreso ofreció una actualización global de los abordajes terapéuticos más relevantes en el campo de la psiquiatría. El objetivo se cumplió plenamente, no sólo en lo que se refiere a la gran calidad de las presentaciones científicas, sino también en cuanto a su énfasis en los resultados obtenidos con los tratamientos basados en la evidencia.

El atractivo mundial de este Congreso quedó reflejado adecuadamente en sus resultados: 6.847 participantes, 5.009 de los cuales provenían de países con ingresos al-

tos; 658, de países con ingresos medios-altos; 505, de países con ingresos medios-bajos, y 226, de países con ingresos bajos; además, participaron 269 especialistas en fase de formación o estudiantes. Por otra parte, se contó con la asistencia de 180 acompañantes. Este importante Congreso constituyó la reunión científica con mayor concurrencia que tuvo lugar en Europa en 2004, superada únicamente en el ámbito mundial por la Reunión anual de la American Psychiatric Association (APA).

El empuje científico de este destacado Congreso dio lugar a 1.523 presentaciones en forma de 16 conferencias de actualización y temas especiales; 14 cursos avanzados; 104 simposios especiales, de las secciones y de las zonas; 9 foros; 53 seminarios; 15 sesiones de investigación; 3 sesiones de pósters, y 19 eventos científicos patrocinados adicionales.

Indudablemente, este Congreso representa lo mejor que puede ofrecer la WPA en cuanto a reuniones científicas, y es necesario reconocer en este sentido el destacado liderazgo y el duro trabajo realizado por el profesor Maj.

Entre el 3 y el 5 de diciembre de 2004 se llevó a cabo una Reunión Regional de la WPA en Craiova, Rumanía, bajo la presidencia y la visión de futuro de Tudor Udristoiu, presidente de la Romanian Psychiatric Association. Esta reunión científica, que constituyó la primera de este tipo organizada por la WPA en Europa Oriental y en la región de los Balcanes, tuvo como objetivo la discusión de los aspectos de la salud mental y la psiquiatría en esta importante región. Además de los líderes de la salud mental y la psiquiatría de Rumanía, participaron en esta reunión psiquiatras y especialistas en salud mental de Armenia, Bulgaria, Hungría, Grecia, República de Macedonia (FYROM), Rusia, Serbia y Montenegro, y Turquía.

El resultado de este relevante acontecimiento científico fue una declaración (la Declaración de Craiova) en la que se abordaron los problemas de salud mental existentes en Europa Oriental y en los Balcanes. Esta Declaración dará lugar a la constitución formal de una Asociación Psiquiátrica para Europa Oriental y los Balcanes (Psychiatric Association for Eastern Europe and the Balcanes), a la potenciación del Institutional Program for Eastern Europe and the Balcanes —ya existente—, al desarrollo de un plan de acción de salud mental relevante en esta región, y a la colaboración y el desarrollo de programas compartidos con los gobiernos, las organizaciones intergubernamentales (OMS, Naciones Unidas, Banco Mundial, UNESCO, etc.) y las organizaciones no gubernamentales, con el objetivo de mejorar los sistemas de asistencia psiquiátrica existentes en esta región. Ciertamente, esta reunión científica representa lo mejor

que puede ofrecer la WPA en las naciones y zonas en vías de desarrollo a las que la WPA no ha prestado una atención suficiente en épocas pasadas.

Esperamos que estas destacadas reuniones científicas abran el camino para las reuniones y acontecimientos científicos de la WPA que se celebrarán en el futuro.

Publicaciones de la WPA: una actualización

MARIO MAJ

WPA Secretary for Publications

Durante el período 2002-2005, los objetivos del programa de publicaciones de la WPA han sido: a) difundir al mayor número posible de psiquiatras de todo el mundo la información relativa a los avances clínicos, asistenciales y de investigación; b) promover un verdadero debate internacional sobre la práctica y la investigación actuales en psiquiatría, con participación de los psiquiatras de todas las zonas de la WPA, y c) contribuir a incrementar la visibilidad de la Asociación y a mejorar su imagen.

Esos objetivos han sido perseguidos a través de la publicación de la nueva revista oficial de la WPA, *World Psychiatry*, así como mediante la producción de 21 libros. A continuación, se comentarán brevemente los libros.

La serie *Evidence and Experience in Psychiatry*

La serie *Evidence and Experience in Psychiatry* pretende comparar la evidencia obtenida en estudios de investigación y la experiencia clínica respecto al diagnóstico y al tratamiento de los trastornos mentales más comunes. Cada uno de los volúmenes de la serie aborda un trastorno mental específico, a través de una serie de revisiones sistemáticas de la evidencia de investigación, seguida de abundantes comentarios realizados por psiquiatras de diversos países y representantes de diferentes escuelas de pensamiento. El editor es Wiley.

El quinto volumen de la serie, dedicado al trastorno bipolar, fue publicado en 2002 y recoge las contribuciones de 134 expertos pertenecientes a 28 países; se han efectuado cuatro reimpressiones de este volumen. El sexto volumen de la serie, dedicado a los trastornos de la conducta alimentaria, fue publicado en 2003; contiene las contribuciones de 106 expertos pertenecientes a 25 países y se han realizado dos reimpressiones. El séptimo volumen, dedicado a las fobias, fue publicado en 2004; participaron en él 110 expertos en

representación de 24 países y ha sido reimpresso en dos ocasiones. El octavo volumen de la serie se publicó en 2005 y estuvo dedicado a los trastornos de la personalidad; en él se recogieron las contribuciones de 123 expertos pertenecientes a 29 países. El noveno volumen de la serie, dedicado a los trastornos somatomorfos, se publicará en septiembre de 2005; recoge las contribuciones de 125 expertos pertenecientes a 35 países.

En 2002 se publicó la segunda edición de los cuatro primeros volúmenes de la serie, dedicados respectivamente a los trastornos depresivos, la esquizofrenia, la demencia y el trastorno obsesivo-compulsivo. En esta segunda edición se efectuó una revisión y actualización de todas las revisiones sistemáticas.

Algunos volúmenes de la serie han sido traducidos, o están actualmente en fase de traducción, a diversos idiomas como ruso, español, portugués, italiano y turco. En India se ha llevado a cabo la edición de algunos de los volúmenes en formatos especiales de precio bajo.

Todos los volúmenes de la serie han recibido críticas muy positivas en las revistas internacionales de psiquiatría. Los ingresos obtenidos por las ventas de los volúmenes han representado la tercera fuente de ingresos más importante de la WPA durante el período 2002-2004.

Volúmenes originados a partir del 12º Congreso Mundial de Psiquiatría

En el año 2004, la WPA produjo tres volúmenes fundamentados parcialmente en las presentaciones que se realizaron en el 12º Congreso Mundial de Psiquiatría. El editor fue Wiley.

El primer volumen, denominado *Early Detection and Management of Mental Disorders*, es único en la bibliografía internacional, debido a que recoge una visión global de los aspectos relativos al diagnóstico precoz y el tratamiento de los trastornos mentales más comunes, como la esquizofrenia, el trastorno bipolar, la depresión, los trastornos de la conducta alimentaria, los trastornos de ansiedad y la enfermedad de Alzheimer.

El segundo volumen, denominado *Disasters and Mental Health*, revisa las consecuencias psicológicas de los desastres y su tratamiento, incluyendo además una encuesta relativa a las experiencias que han tenido lugar tras diversos desastres en todo el mundo. Este volumen se ha difundido ampliamente en las áreas afectadas por el desastre del tsunami y actualmente está siendo traducido a varios idiomas.

El tercer volumen, denominado *Families and Mental Disorders*, describe la carga que soportan las familias en relación con los trastornos mentales más comunes, las intervenciones familiares existentes en la actualidad frente a estos trastornos y la experiencia de los grupos de cuidadores en todo el mundo.

El volumen *Essentials of Clinical Psychiatry for sub-Saharan Africa*

Este volumen se debe a la colaboración entre la WPA, la Organización Mundial de la Salud y la recientemente creada African Association of Psychiatrists and Allied Professionals. Los contenidos del volumen

han sido aportados por 52 autores, todos los cuales han trabajado o están trabajando actualmente en África, con la cobertura de todos los aspectos de la psiquiatría clínica y considerando las circunstancias y necesidades especiales de la zona de África Subsahariana. El editor es Masson.

El volumen *General Psychopathology for Clinicians*

Este volumen, que aparecerá a principios de 2006, solucionará una deficiencia importante existente actualmente en la bibliografía psiquiátrica, al cubrir todos los aspectos de la psicopatología general moderna a través de un lenguaje y un estilo accesibles a todos los psiquiatras del mundo. Se editará en tres idiomas: inglés, español y portugués. El editor será Wiley.

La serie *Images of Psychiatry*

Esta serie persigue el objetivo de proporcionar una imagen del presente y el pasado de la psiquiatría en distintos países

o grupos de países. En 2002 se publicó un volumen correspondiente a Polonia; en 2004, uno correspondiente a España, y en 2005, otro correspondiente a Rumanía; en septiembre de 2005 se publicará un volumen correspondiente a los países de habla alemana. Actualmente, está en preparación un volumen relativo a América Latina.

La serie *Anthologies in Psychiatry*

Los libros de esta serie contienen textos clásicos elaborados por los psiquiatras de países o grupos de países concretos, que nunca habían sido publicados hasta el momento en idioma inglés, acompañados por ensayos sobre sus autores. Los volúmenes con los textos clásicos escritos originalmente en español e italiano fueron publicados en 2002.

En septiembre de 2005 aparecerá un volumen con los textos escritos originalmente en alemán.

