

World Psychiatry

Edición en Español

REVISTA OFICIAL DE LA ASOCIACIÓN MUNDIAL DE PSIQUIATRÍA (WPA)

Volumen 2, Número 1



Abril 2004

EDITORIAL

- Encarcelamiento de los pacientes mentales:
¿castigo o tratamiento? 1
A. OKASHA

ARTÍCULOS ESPECIALES

- Salud mental: la escasez de recursos obliga
al uso de paradigmas nuevos 3
B. SARACENO
- Neuroimagen funcional en las enfermedades
mentales 6
P.K. MCGUIRE, K. MATSUMOTO
- Trastorno dismórfico corporal: reconocimiento
y tratamiento de la fealdad imaginaria 12
K.A. PHILLIPS

FORUM – EL DESAFÍO DE LA COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA

- Comorbilidad psiquiátrica: ¿más es menos? 18
H.A. PINCUS, J.D. TEW, JR., M.B. FIRST
- Comentarios
- Trastorno no es lo mismo que enfermedad 24
J. COOPER
- El síndrome: ¿un antídoto frente a la
comorbilidad falsa? 24
A. JABLENSKY
- El diagnóstico psiquiátrico en la actualidad 25
D.A. REGIER
- La comorbilidad y el presidente Mao 26
S.O. LILIENFELD, I.D. WALDMAN
- Las diferentes razones de la comorbilidad
requieren soluciones distintas 28
D.N. KLEIN
- La comorbilidad psiquiátrica plantea problemas
especiales en los países en vías de desarrollo 28
R.S. MURTHY
- Comorbilidad: la perspectiva desde África 30
F. NJENGA

ARTÍCULOS DE INVESTIGACIÓN

- La tarea antisacádica y los test neuropsicológicos
en la evaluación de la integridad cortical
prefrontal en la esquizofrenia: resultados
empíricos y consideraciones interpretativas 32
D.L. LEVY, N.R. MENDELL, P.S. HOLZMAN
- Un estudio intercultural del comportamiento
alimentario en las adolescentes sudafricanas 41
C.P. SZABO, C.W. ALLWOOD
- La depresión en los europeos de edad avanzada:
los estudios EURODEP 45
J.R.M. COPELAND, A.T.F. BEEKMAN, A.W. BRAAM,
M.E. DEWEY, P. DELESPAUL Y COLS.
- Aflicción postraumática en los padres que
perdieron a sus hijos en el incendio de
la Kyanguli School, en Kenia 50
D.M. NDETEL, C.J. OTHIENO, B. GAKINYA,
A. NDUMBU, A. OMAR Y COLS.

POLÍTICAS DE SALUD MENTAL

- La World Federation for Mental Health: sus
orígenes y su relevancia contemporánea
respecto a las políticas de la OMS y la WPA 54
E.B. BRODY
- La red de investigación sobre práctica clínica:
beneficios y limitaciones 56
N. EL-GUEBALY, M.J. ATKINSON
- Salud mental en mujeres de Pakistán 60
U. NIAZ

NOTICIAS DE LA WPA

- Septiembre 2005: El Cairo 63
P. RUIZ
- Previsiones económicas de la WPA para 2004 63
S. TYANO

World Psychiatry

Edición en Español

REVISTA OFICIAL DE LA ASOCIACIÓN MUNDIAL DE PSIQUIATRÍA (WPA)

Volumen 2, Número 1



Abril 2004

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)

Periodicidad: 3 números al año

Disponible en Internet: www.ArsXXI.com/WP

Consulte nuestra página web

www.arsmedica.info

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.A.

Paseo de Gracia 25, 3.º • 08007 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 Psiquiatría Editores, S.L.

Publicación que cumple los requisitos de soporte válido

ISSN: 1697-0683

Composición y compaginación: Gráfico-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 Psiquiatría Editores, S.L., del original en lengua inglesa (Volumen 3, Número 1, 2004). La responsabilidad de la traducción recae sólo en Psiquiatría Editores, S.L., y no es responsabilidad de la World Psychiatric Association (WPA).

Translated by Psiquiatría Editores, S.L., from the original English language version (Volume 3, Number 1, 2004). Responsibility for the accuracy of the Spanish language rests solely with Psiquiatría Editores 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.A. Si desea realizar cualquier rectificación o cancelación de los mismos, deberá enviar una solicitud por escrito a: Grupo Ars XXI de Comunicación, S.A. Paseo de Gracia 25, 3.º 08007 Barcelona.

Encarcelamiento de los pacientes mentales: ¿castigo o tratamiento?

AHMED OKASHA

President, World Psychiatric Association

Uno de los aspectos que ha atraído la atención de nuestra profesión durante decenios es la lucha contra el abuso político de la psiquiatría, es decir, el internamiento en hospitales psiquiátricos de los oponentes políticos o de las personas que incumplen las leyes con el pretexto de que padecen una enfermedad mental. Las investigaciones e iniciativas para vigilar y prevenir esta forma de violación han consistido en la realización de visitas a los hospitales psiquiátricos con el objetivo de garantizar que no hay ninguna persona ingresada en los mismos por razones distintas al padecimiento de una enfermedad mental. El alcance de estas iniciativas ha sido cubierto ampliamente en la literatura. Las Declaraciones de Hawai y Madrid, que han establecido las normas y líneas de actuación para prevenir este abuso de nuestra profesión, han representado un resultado valioso de esta preocupación.

La otra cara de la moneda, es decir, el encarcelamiento de los pacientes psiquiátricos o su abandono en las cárceles es un problema que requiere una atención y preocupación no menores. A pesar de los esfuerzos que se han realizado durante los 30 últimos años para sacar de las cárceles a las personas con enfermedades mentales graves que han cometido actos criminales, son pocos los programas de excarcelación que han sido implementados de manera adecuada. En un artículo de fondo publicado en el *Guardian* el 3 de marzo de 2003 se señalaba que en las cárceles estadounidenses hay 300.000 personas con enfermedades mentales. El US Bureau of Justice ha señalado que aproximadamente el 16 % de los 2 millones de personas que permanecen en las cárceles de Estados Unidos padece alguna enfermedad mental, «... a menudo debido a que no hay ningún otro sitio al que puedan ir. Tan importante es el problema que una institución penitenciaria de Los Angeles se ha convertido efectivamente en la institución psiquiátrica más grande del país». La situación ha sido exacerbada por el cierre de numerosas instituciones psiquiátricas: entre 1982 y 2001, el número de camas hospitalarias públicas disponibles para los pacientes con enfermedades mentales ha disminuido en Estados Unidos en un 69 %. Según Oscar Morgan, consultor de la National Mental Health Association (NMHA) y ex consejero de enfermedades mentales en el estado de Maryland, éste ha sido un aspecto importante en el contexto penitenciario y «actualmente sabemos que muchas personas que están en las cárceles podrían estar en otras instituciones si recibieran en las mismas el tratamiento adecuado».

Posiblemente, el elevado número de personas con estas características observado en Estados Unidos se debe a la transparencia de la información y a su cobertura en los distintos medios. Este mismo fenó-

meno existe en otros muchos países: en un estudio reciente efectuado en India se observó la existencia de cifras igualmente elevadas de pacientes psiquiátricos internados en las prisiones. En varios países los pacientes psiquiátricos permanecen en las cárceles debido a que no han tenido la posibilidad de ser evaluados desde un punto de vista psiquiátrico antes de ser condenados por un delito. En muchos países que han adoptado la política de desinstitutionalización, el sistema asistencial comunitario no es fiable y carece de los recursos económicos y humanos suficientes para proporcionar el servicio necesario a los pacientes psiquiátricos, lo que contribuye al elevado número de pacientes de estas características que permanecen en las cárceles. También hay que señalar que en muchos países los Ministerios de Economía no han utilizado los presupuestos de los hospitales psiquiátricos cerrados para crear otras formas de servicios de salud mental.

Un trastorno que destaca en este contexto es el abuso de sustancias, que ha demostrado tener una asociación intensa con la violencia. El abuso de sustancias ilegales requiere el acceso al mercado negro; a partir de aquí, el camino que siguen estos pacientes les lleva a la cárcel con mayor frecuencia que a los centros de rehabilitación de drogadictos (1). Otros síntomas o trastornos que tienen grados diversos de asociación con el comportamiento de tipo criminal son los cuadros de *delirium*, el trastorno cerebral orgánico, el trastorno afectivo mayor y el trastorno antisocial de la personalidad. Las investigaciones efectuadas sobre muestras representativas de presos estadounidenses (2-5) y sobre personas ingresadas en centros penitenciarios canadienses (6) han revelado una prevalencia elevada de enfermedades mentales, sobre todo de enfermedades mentales graves como esquizofrenia y trastornos afectivos mayores, en comparación con lo observado en la población general. En la mayor parte de los casos, los trastornos mentales mayores ya existían antes de que los pacientes fueran encarcelados (7).

En comparación con el tratamiento de la drogadicción, el encarcelamiento de estas personas hace que su ajuste social sea peor, que muestren menos preocupación por su consumo de drogas y que tengan una motivación menor para cambiar (8). Por ello, se plantea la necesidad de un ambiente terapéutico que se corresponda más con las necesidades de rehabilitación que con las de castigo. Las consecuencias de la desviación de los servicios penitenciarios hacia los profesionales de la psiquiatría incluye el aprendizaje de la colaboración con el personal implicado en la aplicación de la ley, la integración de los servicios psiquiátricos y de abuso de sustancias en el sistema penal de justicia a pesar de sus diferentes sistemas de financia-

ción, y la garantía de que las personas que son vigiladas de manera intensiva también reciben el tratamiento adecuado.

Algunas sociedades pertenecientes a la WPA han expresado su preocupación respecto al encarcelamiento de los pacientes psiquiátricos, especialmente en Estados Unidos. El presidente de la WPA ha llamado la atención sobre este problema de los líderes de la WPA/APA en la reunión de mayo de 2003 en San Francisco. Además, el presidente ha expuesto el problema al WPA Review Committee, que se ha comprometido a elaborar un informe completo sobre la forma mejor de abordar el mismo.

La presencia de pacientes psiquiátricos en las prisiones no sólo les priva de su derecho al tratamiento y asistencia adecuados sino que también conlleva la posibilidad de que reciban un tratamiento erróneo y de que sufran estigmatización. La eliminación de ambas posibilidades constituye una obligación ética. La resolución de Naciones Unidas de 1991 sobre los derechos humanos de los pacientes psiquiátricos obliga a que reciban tratamiento en instituciones adecuadas en las que se pueda preservar su dignidad. La Declaración de Madrid señala que los pacientes psiquiátricos deben ser tratados con los métodos de carácter menos restrictivo posible. El encarcelamiento de los pacientes psiquiátricos es una violación de ambas iniciativas.

Mientras que los presupuestos de salud mental sigan siendo la Cenicienta de los servicios de salud, los pacientes psiquiátricos van a seguir sufriendo la privación de su derecho a ser tratados en instituciones psiquiátricas y no en cárceles u otras instituciones penitenciarias.

World Psychiatry 2004; 1: 1-2

Bibliografía

1. Arseneault L, Moffit TE, Caspi A et al. Mental disorders and violence in a total birth cohort. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57:979-986.
2. Collins JJ, Schlenger WE. The prevalence of psychiatric disorder among admissions to prison. Presented at the 35th Annual Meeting of the American Society of Criminology, Denver, November 1983.
3. Daniel AE, Robins AJ, Reid JC et al. Lifetime and six month prevalence of psychiatric disorders among sentenced female offenders. *Bull Am Acad Psychiatry Law* 1988;16:333-42.
4. Hyde PS, Seiter RP. The prevalence of mental illness among inmates in the Ohio prison system. Department of Mental Health and the Ohio Department of Rehabilitation and Correction Interdepartmental Planning and Oversight Committee for Psychiatric Services to Corrections, 1987.
5. Neighbors HW, Williams DH, Gunnings TS et al. The prevalence of mental disorder in Michigan prisons. Final report submitted to the Michigan Department of Corrections, 1987.
6. Hodgins S, Cote G. The prevalence of mental disorders among penitentiary inmates. *Canada's Mental Health* 1990;38:1-5.
7. Teplin LA. The prevalence of severe mental disorder among urban jail detainees: comparison with the epidemiologic catchment area program. *Am J Public Health* 1990; 80:663-9.
8. Teplin LA. Criminalizing mental disorder: the comparative arrest rate of the mentally ill. *Am Psychol* 1984;39:794-803.

Salud mental: la escasez de recursos obliga al uso de paradigmas nuevos

BENEDETTO SARACENO

Department of Mental Health and Substance Dependence, World Health Organization, Geneva

Los trastornos mentales constituyen un reto importante para el desarrollo global en todo el mundo. Hay formas de intervención efectivas (y en algunos casos con buena rentabilidad económica) frente a casi todos ellos. Sin embargo, es frecuente que dichas formas de intervención no sean implementadas. Hay variables no contempladas, muy similares en todo el mundo, que pueden influir de manera notable en el incremento de la calidad del servicio a pesar de las diferencias en los recursos y la tecnología. Estas variables no contempladas son a menudo el resultado de la adopción de paradigmas relativamente independientes de los recursos y las tecnologías. En este artículo se van a evaluar cuatro de estos paradigmas.

Palabras clave: trastornos mentales, intervenciones efectivas, recursos, calidad del servicio, paradigmas

Las enfermedades mentales están mostrando un aumento rápido en su incidencia y representan un problema importante para el desarrollo global. El incremento en la magnitud de este problema va a ser relativamente mayor en los países en vías de desarrollo que son los que tiene menos recursos para responder frente al mismo. En todo el mundo hay 450 millones de personas con enfermedades mentales. Visto de otra manera, en una de cada cuatro familias al menos uno de sus miembros padece una enfermedad mental. Ningún grupo social está libre de las enfermedades mentales, aunque el riesgo de las mismas es mayor en las personas con pocos recursos, los niños y adolescentes, las mujeres que sufren violencia, los parados, las personas con nivel de instrucción bajo, los ancianos abandonados, las víctimas de la violencia, los inmigrantes y los refugiados.

Hay formas de intervención efectivas (y en algunos casos económicamente rentables) frente a casi todas las enfermedades mentales. A menudo, estas formas de intervención no curan las enfermedades pero mejoran de manera sustancial sus síntomas, disminuyen sus recidivas y permiten una recuperación social (no clínica) con mejora de la calidad de vida.

En cualquier caso, es frecuente que dichas formas de intervención con buena rentabilidad económica no sean implementadas y hay una gran distancia entre los pacientes que reciben tratamiento y los que no lo reciben. En efecto, existen diversas barreras que impiden que los pacientes reciban el tratamiento apropiado. Estas barreras son de naturaleza diferente.

Estigmatización. En todo el mundo, muchas personas que sufren una enfermedad mental son estigmatizadas debido a la misma y son objeto de una discriminación injusta. Estas personas tienen a menudo dificultades para el acceso a la vivienda, al empleo y a otros derechos sociales comunes.

Discriminación en la cobertura sanitaria de las enfermedades mentales. En muchos países, las enfermedades mentales no son cubiertas por los seguros sanitarios y muchas personas no se pueden permitir el coste económico de su tratamiento. La cuarta parte de los países no ofrece ayudas de discapacidad a los pacientes que sufren enfermedades mentales. La tercera parte de la población mundial (2.000 millones de personas) vive en países cuyo presupuesto sanitario respecto a la salud mental es inferior al 1 %.

Falta de fármacos. Aunque en el 85 % de los países existe una lista de fármacos esenciales que se utiliza como base para la provisión de medicamentos, en casi el 20 % de los países no hay en asistencia primaria ni siquiera un antidepresivo común, un antipsicótico o un antiepiléptico.

Prioridades equivocadas. Hay demasiados países (sobre todo desarrollados) que todavía gastan la mayor parte de sus recursos en unas pocas instituciones psiquiátricas, lo que no sólo es una medida que afecta únicamente a un número pequeño de los pacientes que requieren tratamiento sino que también es una medida que hace que la calidad asistencial sea baja y a menudo poco humana.

Falta de preparación en asistencia primaria. Son muy pocos los médicos y cuidadores que saben cómo reconocer y tratar adecuadamente las enfermedades mentales. En el 41 % de los países no hay ningún programa de especialización en salud mental dirigido a los profesionales de la asistencia primaria.

Ausencia de una política y legislación psiquiátricas de carácter racional y general. En todo el mundo, el 40 % de los países carece de una política de salud mental; en el 25 % no hay ningún tipo de legislación de salud mental, y en el 30 % no existe ningún programa de salud mental establecido a nivel nacional.

La solución de todas estas deficiencias es una obligación manifiesta; sin ello, no puede ser creíble ninguna discusión acerca de nuevas clasificaciones, de la realización de diagnósticos sofisticados o del desarrollo de investigación psicofarmacológica de carácter innovador.

LAS LECCIONES APRENDIDAS

Como resumen de todas las actividades llevadas a cabo durante los 2 últimos años por la Organización Mundial de la Salud (OMS), podemos señalar que el concepto clave es: más recursos, más tecnología y más conocimientos. Sin embargo, la realidad es más compleja.

Hemos aprendido lecciones interesantes al proporcionar ayuda organizativa a países como Brasil, Rusia, México, Mozambique, Israel, Fiji, Mongolia, Sri Lanka, etc., y estas lecciones nos han hecho saber que el panorama es realmente más complejo.

Lección 1. La cantidad de recursos disponibles para la provisión de servicios psiquiátricos no es proporcional a la calidad del sistema (por supuesto, hay una masa crítica mínima de recursos por debajo de la cual la calidad es sencillamente imposible pero que por encima de la cual la cantidad no garantiza la calidad).

Lección 2. Las tecnologías disponibles para el sistema de provisión de servicios (herramientas diagnósticas y terapéuti-

cas, especialización de los servicios, diversificación profesional) no son proporcionales a la calidad del sistema (de nuevo, hay también en este sentido una masa crítica por debajo de la cual la calidad es simplemente imposible pero por encima de la cual la cantidad no garantiza la calidad). En otras palabras, para que la ecuación R (recursos) más T (tecnologías) sea igual a C (calidad) son necesarias una o más variables no contempladas.

En la provincia de Río Negro, en Patagonia, el hospital psiquiátrico ha sido sustituido por visitas al hogar de los pacientes, medidas de rehabilitación de carácter voluntario, intervenciones en el hospital general y uso comunitario de una amplia red de agentes efectivos de carácter informal: el recurso principal es la propia comunidad.

En la ciudad brasileña de Santos, el hospital psiquiátrico está atendido por una gran cantidad de profesionales bien organizados que disfrutan de una gran popularidad entre la población. Estos profesionales utilizan a los propios pacientes como un recurso adicional! El «coste» se convierte en el recurso.

En el estado Indian Southern de Tamil Nadu, la ausencia de un servicio público adecuado de salud mental es compensada por una densa red de organizaciones no gubernamentales constituidas por profesionales que trabajan en colaboración estrecha con las familias: el agente asistencial de carácter informal se convierte es el agente asistencial principal.

Estos tres ejemplos demuestran cómo los recursos y las tecnologías de carácter informal son las variables no contempladas que permiten la obtención de calidad.

Lección 3. Las diferencias existentes entre los sistemas son muy inferiores a lo que se podría esperar. A pesar de las grandes diferencias en la disponibilidad de tecnologías y recursos, los problemas y las soluciones (incluyendo las soluciones equivocadas) son bastante similares incluso teniendo en cuenta las diferencias entre los países, las culturas y los niveles económicos.

A consecuencia de las lecciones aprendidas, podemos decir que las variables no contempladas –que son muy similares entre sí en todo el mundo– pueden influir de manera intensa en el aumento o la disminución de la calidad del servicio, a pesar de las diferencias en los recursos y las tecnologías.

Estas variables no contempladas son a menudo el resultado de la adopción de paradigmas relativamente independientes de los recursos y las tecnologías. Estos paradigmas son conceptos centrales que influyen en la implementación de intervenciones con buena rentabilidad económica en lo relativo a las enfermedades mentales, haciendo que los recursos sean o bien inútiles o bien muy valiosos. Los conceptos centrales reflejan esencialmente los «valores».

Vamos a examinar cuatro de los paradigmas identificados como factores que disminuyen o incrementan la calidad.

PARADIGMAS

Exclusión frente a inclusión

El «abordaje de exclusión» no está centrado en la experiencia/necesidades de los pacientes sino más bien en las percepciones y necesidades del ambiente que los rodea. Este abordaje insiste de manera excesiva en los aspectos de seguridad, incluyendo una estimación exagerada de la peligrosidad.

Hemos observado que los sistemas en los que prevalece la preocupación por la seguridad tienen generalmente una calidad inferior a la de los sistemas en los que prevalece el conocimiento de los pacientes.

Cuando las organizaciones sociales son extremadamente verticales (el Estado prevalece a través de un sistema cerrado de

valores) tienden a invertir más en medidas de control que en medidas de inclusión. Generalmente, estas organizaciones sociales identifican la exclusión con las instituciones de gran tamaño. Por otra parte, cuando las organizaciones sociales son de carácter muy horizontal y el Estado tiene muy poca participación, tienden a organizar la exclusión en «instituciones difusas» en las que permanecen las normas y la lógica de los hospitales psiquiátricos a pesar de la ausencia de paredes visibles: la falta de lugares de acogida y el abandono en un sistema asistencial de carácter privado fundamentado en el capitalismo salvaje y carente de control de calidad.

Por el contrario, cuando una organización social comienza abordando las necesidades del paciente y estudiando su patología sin negar al propio paciente el disfrute de su capacidad plena de ser un ciudadano, disminuye la necesidad de exclusión. El cambio de paradigma de la exclusión a la inclusión da lugar obviamente a consecuencias muy importantes en términos de inversión en hospitales y camas.

Por tanto, la desinstitucionalización es mucho más que la simple deshospitalización. Tiene mucho que ver con la asunción radical del significado de la experiencia del paciente.

Es interesante comprobar cómo en el lenguaje de planificación de los servicios de salud mental todavía prevalece el concepto de cama. Es interesante también observar cómo en el mundo hay demasiadas camas o bien el número de camas es insuficiente, y cómo –en este segundo caso– la única idea de carácter innovador es generalmente la creación de nuevas camas. Las camas no son la solución sino sólo la ilusión de una respuesta simplista frente a un problema complejo, es decir, una asistencia mejor, una rehabilitación efectiva y un mayor disfrute de la condición plena de ciudadano.

Asistencia a corto o largo plazo

Es necesario un cambio radical en el paradigma asistencial. Los sistemas de salud están concebidos y organizados para responder a los casos agudos (modelo hospitalario). Después de que se resuelve la fase aguda, el paciente entra en un limbo de infraestructuras, recursos humanos, especializaciones y responsabilidades. En este punto, el sistema de asistencia primaria actúa como «la mano de Dios» que aparecía en las tragedias de la Grecia antigua para resolver los problemas sin solución. Al contrario, la cuestión clave es ¿cómo puede resolver el sistema sanitario las necesidades de los pacientes cuando requieren asistencia a largo plazo (mantenimiento del disfrute de su condición plena de ciudadano)? Además, este enfoque no sólo se aplica a las enfermedades mentales sino también a otras muchas enfermedades crónicas que requieren asistencia a largo plazo (p. ej., VIH/SIDA o tuberculosis). En efecto, ¡la tentación del hospital psiquiátrico es la respuesta más sencilla y de carácter más devastador!

En otras palabras, necesitamos un cambio radical desde un modelo centrado en la *ubicación del profesional sanitario* (hospitales, ambulatorios, clínicas, etc.) hasta un modelo centrado en una *dimensión temporal del paciente*. Los conceptos de agudo y crónico se refieren a las *enfermedades*, no a *los lugares donde se realiza la asistencia*, de manera que podemos concebir el tratamiento de las enfermedades agudas y crónicas en la comunidad más que en el hospital.

Los sistemas sanitarios tienden a dedicar sus recursos y competencias a la asistencia a corto plazo (es decir, a los hospitales) y a ignorar o posponer lo relativo a la asistencia a largo plazo. La consecuencia es que se crea un sistema paralelo caracterizado por la escasez de recursos y de competencias. Al contrario, el concepto de asistencia a largo plazo debería implicar la aplicación de medios y estrategias muy superiores a los

asociados a un modelo médico: se hace necesaria la diversidad de las personas, competencias, lugares de asistencia y actores sociales. El concepto clave es el abordaje global del problema. La consideración seria del abordaje asistencial a largo plazo sin atajos (institucionalización, abandono) requiere un análisis riguroso de la naturaleza real y de la historia social de las enfermedades mentales graves.

Abordaje biopsicosocial frente a abordaje biomédico

La dimensión social de la enfermedad mental debe ser un componente intrínseco de la intervención y no sólo una concepción al enfoque etiológico. La dimensión social de la enfermedad mental requiere una dimensión social del tratamiento de la misma; las neurociencias han efectuado una contribución extraordinaria al conocimiento del cerebro, pero su aportación a las soluciones prácticas ha sido muy escasa. Esta realidad tiene implicaciones muy importantes debido a que el énfasis de la intervención debe pasar de los síntomas al funcionalismo y la discapacidad.

Ahora, el problema es la relación entre lo médico y lo social considerados ambos como aspectos del mismo abordaje global o bien como dos dimensiones independientes. En efecto, hay riesgo de fracaso en las situaciones en las que lo sanitario y lo social están controlados por sistemas políticos o administrativos diferentes: de hecho, los pacientes pueden ser pasados de un servicio al otro con las obvias consecuencias negativas sobre la continuidad de la asistencia. En algunos casos, el sector sanitario consiste únicamente en el componente médico del tratamiento. El resultado de este abordaje es que, por una parte, el servicio de salud mental queda reducido a un tratamiento biomédico en el hospital durante un corto período de tiempo y, por otra parte, sólo queda un servicio insuficiente de rehabilitación implementado en grupos aislados de intervenciones genéricas y habitualmente de carácter mínimo. O bien, de manera similar, cuando los límites entre los niveles asistenciales primario, secundario y terciario son excesivamente rígidos, los pacientes son «peloteados» entre los mismos o expulsados de ellos.

La ausencia de la dimensión social da lugar a una provisión asistencial insuficiente a largo plazo: entretenimiento más que rehabilitación. La rehabilitación psicosocial no es un entretenimiento para los pacientes organizado por personal de segunda clase o por especialistas que utilizan las técnicas más extrañas (pintura, actuaciones, juegos, cantos, modelado en diversos materiales, etc.); es una reconstrucción de la condición plena de ciudadano que debe tener el paciente a través de todas las actividades cotidianas. En efecto, la rehabilitación puede ser realmente un abordaje asistencial más sofisticado en lo que se refiere a las personas con enfermedades mentales graves, pero requiere la aplicación de una serie de estrategias y alianzas de carácter interdisciplinar.

La necesidad de una permeabilidad mucho más radical de las distintas disciplinas nos lleva a nuestro último paradigma: morbilidad frente a comorbilidad.

Morbilidad frente a comorbilidad

La distancia que hay entre un diagnóstico DSM/CID y un caso clínico real es enorme. El «ruido» que altera la «pureza» del caso es sencillamente la realidad y los psiquiatras tienen a menudo la tendencia de considerar a la realidad como un ruido peligroso que hace que su consulta sea demasiado caótica. Sin embargo, los pacientes reales son más complejos que los diagnósticos puros. Por ejemplo, los pacientes graves pueden tener otras enfermedades asociadas. La comorbilidad puede estar relacionada con otras enfermedades psiquiátricas o con disciplinas médicas distintas: por ejemplo, cardiología y oncología. La comorbilidad también puede ser interhumana, es decir, con el microambiente constituido por la familia (alcoholismo-violencia doméstica-depresión-enuresis) o incluso con el macroambiente (situaciones de posguerra, refugiados, contextos urbanos muy deprimidos).

El cambio de paradigma desde las formas de intervención verticales/monomórbidas a los abordajes de comorbilidad incrementa la efectividad de los tratamientos y el cumplimiento terapéutico por parte de los pacientes; además, un abordaje global puede evitar la utilización insuficiente o errónea de los recursos humanos. El paradigma de la monomorbilidad da lugar a la aplicación de programas de carácter vertical en los que se dispersa la efectividad y aumenta el gasto. Por su parte, el abordaje de la comorbilidad facilita el establecimiento de una relación entre el tratamiento de las enfermedades mentales y el consiguiente incremento del cumplimiento de dichos tratamientos respecto a las enfermedades físicas asociadas.

CONCLUSIÓN

En 2001, la OMS hizo una excepción a su lenguaje políticamente correcto habitual al proponer «Paremos la exclusión, atrevámonos a atender a los pacientes».

La OMS reconoce que la exclusión de las personas con enfermedades mentales es un fenómeno universal contra el que hay que luchar. El rechazo de la exclusión es una condición previa (su eliminación debe anteceder al enfoque de atención a los pacientes) al objetivo de cuidar de los pacientes. No es creíble ningún sistema asistencial fundamentado en la exclusión. La asistencia real de los pacientes es un reto real pero ¿porqué debemos afrontarlo? Necesitamos una conexión valiente entre el conocimiento científico, empírico y ético si queremos ofrecer respuestas que sean aceptables desde los puntos de vista humano y ético, que estén culturalmente adaptadas y que tengan una buena rentabilidad económica.

Para ello, debemos construir redes de conocimiento, de personas y de instituciones que permitan ofrecer respuestas simples a cuestiones complejas.

El sufrimiento humano no tiene un carácter lineal ¿porqué la respuesta frente al mismo debe ser lineal?

Neuroimagen funcional en las enfermedades mentales

PHILIP K. MCGUIRE, KAZUNORI MATSUMOTO

Section of Neuroimaging, Division of Psychological Medicine, Institute of Psychiatry y King's College School of Medicine, De Crespigny Park, London SE5 8AF, UK

Los avances recientes efectuados en neuroimagen funcional nos permiten la cartografía de la actividad neural en el cerebro del ser humano vivo con niveles elevados de precisión espacial y de resolución temporal, así como una oportunidad sin precedentes para estudiar los componentes neurocognoscitivos de las enfermedades mentales. En este artículo se resumen los hallazgos principales de la neuroimagen funcional en las enfermedades psiquiátricas más importantes así como los diversos abordajes metodológicos que se han utilizado para su estudio. También se analizan los estudios realizados sobre el estado de reposo y sobre la activación durante la realización de tareas cognoscitivas, así como los estudios centrados sobre síntomas psiquiátricos específicos. Además, se revisa la conectividad funcional, se proponen las líneas futuras de investigación en este campo y se considera la contribución que puede realizar la neuroimagen funcional a la práctica clínica.

Palabras clave: neuroimagen funcional, resonancia magnética funcional (RMf), tomografía con emisión de positrones (PET), enfermedades mentales

Las técnicas de neuroimagen funcional, como la tomografía computarizada con emisión de fotón único (SPECT, del inglés *single photon emission tomography*), la tomografía con emisión de positrones (PET, del inglés *positron emission tomography*), y la resonancia magnética funcional (RMf) permiten la cartografía de las funciones fisiológicas del cerebro mediante la determinación del flujo sanguíneo, del metabolismo y de la unión receptor-ligando. La investigación relativa a la aplicación de estas técnicas a la enfermedad mental ha crecido de manera rápida a lo largo de los dos últimos decenios y ha incrementado nuestros conocimientos de los mecanismos subyacentes a los trastornos psiquiátricos. En este artículo se revisan los estudios de neuroimagen funcional acerca del flujo sanguíneo y del metabolismo de la glucosa en la enfermedad mental. No se incluyen en el mismo las técnicas de imagen neuroquímicas ni los estudios de espectroscopia.

ESTUDIOS EN ESTADO DE REPOSO

En los primeros estudios de neuroimagen funcional se investigó la actividad cerebral en pacientes que permanecían en «estado de reposo». El hallazgo más sólido en los estudios del flujo sanguíneo cerebral (FSC) o del metabolismo durante el reposo en los pacientes con esquizofrenia fue la disminución en la actividad cortical frontal (lo que se denominó «hipofrontalidad») en comparación con los controles. Sin embargo, en algunos estudios no se detectaron diferencias entre los pacientes y los controles con respecto a la actividad cortical frontal en reposo mientras que en otros se observó «hiperfrontalidad» (1,2). Se han descrito hallazgos análogos en los trastornos depresivos de manera que en varios de ellos se ha observado una disminución de la actividad frontal, sobre todo en las cortezas prefrontal dorsolateral y del cuerpo calloso anterior, aunque –de nuevo– estos resultados no han sido constantes. La discrepancia en los resultados obtenidos en los estudios efectuados sobre el estado de reposo puede ser atribuible a la heterogeneidad clínica: los pacientes pueden haber presentado diferencias en su perfil sintomático, en la gravedad de su enfermedad y en el tratamiento farmacológico de la misma. Otro posible factor es el hecho de que el término de «reposo» pudo incluir una gama diversa de situaciones emocionales y cognoscitivas en los distintos pacientes que participaron en los diferentes estudios.

Una forma de abordar el problema del carácter heterogéneo del estado de reposo es la evaluación de la correlación entre el FSC regional (FSCr) y las dimensiones de la sintomatología.

Liddle y cols. (3) observaron que tres de las dimensiones sintomáticas en la esquizofrenia (síntomas negativos, trastorno formal del pensamiento, delirium y alucinaciones) se asociaban a un patrón específico de FSCr. Bench y cols. (4) utilizaron el mismo abordaje con tres factores sintomáticos en el trastorno depresivo (ansiedad, retraso psicomotor, rendimiento cognoscitivo) y observaron que todos ellos se asociaban a un patrón concreto de flujo sanguíneo en reposo. Aunque este abordaje ha demostrado ser útil, la actividad determinada durante la realización de la prueba está relacionada con valoraciones clínicas efectuadas fuera del escáner. No es posible el control o la medición de los procesos cognoscitivos o emocionales que tienen lugar durante la realización de la propia prueba diagnóstica.

ESTUDIOS DE ACTIVACIÓN COGNOSCITIVA

Si las personas realizan una tarea cognoscitiva durante el estudio, los procesos cognoscitivos y emocionales que se activan durante la prueba en las distintas personas tienen más posibilidades de ser similares que si los participantes son estudiados en «reposo». Además, al seleccionar las tareas que conllevan procesos cognoscitivos o emocionales específicos, el investigador se puede centrar en las funciones que se considera son especialmente relevantes para un trastorno dado. Así, las tareas que afectan a las funciones «ejecutivas» han sido evaluadas con detalle en la esquizofrenia. Al igual que en los estudios realizados sobre el estado de reposo, en muchos de estos estudios se han detectado alteraciones en las respuestas prefrontales de los pacientes, en comparación con los controles. Aunque se ha observado a menudo una activación «hipofrontal», en un estudio reciente se ha señalado que la naturaleza de la activación puede depender del tipo de tarea cognoscitiva realizado, del nivel de dificultad de la tarea y de si el paciente la realiza tan bien como los controles (5). Así, Curtis y cols. (6,7) observaron mediante RMf que mientras que los pacientes con esquizofrenia mostraron una activación prefrontal inferior a la de los controles durante la fluencia verbal, la activación en estos pacientes no fue distinta cuando realizaron una tarea de decisión semántica. Mediante una tarea graduada de memoria, Fletcher y cols. (5) demostraron que los pacientes con esquizofrenia muestran una activación prefrontal normal hasta que las demandas sobre la memoria de trabajo son elevadas y entonces se deteriora su rendimiento. También hay pruebas de que la activación prefrontal puede variar según el estado mental del paciente en el momento

en el que se realiza la prueba: Fu y cols. (8) observaron que el grado de disminución de la activación prefrontal en los pacientes con esquizofrenia estaba relacionado con la gravedad de la sintomatología positiva de la psicosis. Así, algunos autores han concluido señalando que el término de «hipofrontalidad» tiene una utilidad limitada (9).

La determinación de la actividad cerebral mientras los pacientes realizan tareas cognitivas también se ha utilizado para investigar las bases biológicas de síntomas específicos (más que de una enfermedad). Por ejemplo, Kircher y cols. (10) utilizaron una tarea de finalización de frases junto con la RMf para evaluar el procesamiento semántico en pacientes con esquizofrenia que presentaban un trastorno formal del pensamiento. Estos investigadores observaron que la activación de la corteza temporal derecha, que normalmente era evidente en los controles y en los pacientes sin alteraciones del proceso de pensamiento, aparecía significativamente atenuada en los pacientes que sí padecían un trastorno del proceso del pensamiento. Mediante la realización de tareas con movimiento de una palanca de control (*joystick*) durante la realización de la PET, Spence y cols. (11) estudiaron el procesamiento motor en pacientes esquizofrénicos con fenómenos de pasividad. Estos fenómenos dieron lugar a una participación de la corteza parietal inferior derecha mayor que la observada en pacientes sin fenómenos de pasividad; sin embargo, no indujeron la activación de dicha corteza cuando se volvió a repetir la prueba tras la remisión. Este mismo abordaje se ha utilizado para evaluar a los pacientes que presentan un rasgo de vulnerabilidad respecto a un síntoma específico pero que no expresan dicho síntoma en el momento de realización de la prueba. Mediante PET, McGuire y cols. (12) estudiaron a pacientes esquizofrénicos con y sin antecedentes de alucinaciones auditivas mientras realizaban una tarea en la que se monitorizaba el habla percibida internamente. Aunque los pacientes eran asintomáticos en el momento de realización del estudio, los que tenían antecedentes intensos de alucinaciones auditivas mostraron una activación disminuida en las áreas implicadas en la monitorización del habla percibida internamente, en comparación con los pacientes sin antecedentes de alucinaciones y en comparación también con los controles. Estos resultados han sido posteriormente reproducidos y estudiados mediante RMf (13).

ESTUDIOS CON DETERMINACIÓN DE LOS SÍNTOMAS EN TIEMPO REAL

Una forma relativamente directa de estudiar la relación entre la psicopatología y la actividad cerebral es la evaluación de los pacientes que están presentando realmente un síntoma concreto. En la esquizofrenia, este enfoque se ha utilizado en varios estudios sobre alucinaciones auditivas. En diversos estudios con SPECT (14), PET (15,16) y RMf (17,18) se ha intentado determinar el patrón de actividad cerebral al tiempo que los pacientes perciben alucinaciones auditivas. Aunque en los estudios iniciales se destacó la implicación de áreas diferentes, como la corteza frontal inferior izquierda (14), la circunvolución del cuerpo calloso anterior (15), la corteza temporal lateral (17) y los núcleos subcorticales (16), en estudios más recientes se ha señalado que las alucinaciones auditivas están mediadas por una red distribuida de áreas en la que se incluyen todas estas regiones (18). Debido a que la RMf permite la adquisición de un elevado número de imágenes en cada paciente, es posible estudiar dos síntomas diferentes que aparecen en momentos distintos en el mismo paciente. Así, Shergill y cols. (19) estudiaron a un paciente con esquizofrenia que presentaba alucinaciones au-

ditivas y táctiles, y demostraron que las primeras se asociaban a la actividad en la corteza temporal lateral mientras que las segundas se correlacionaban con la activación de las cortezas somatosensorial y parietal posterior (figura 1).

Aunque en los estudios citados fueron evaluados pacientes con alucinaciones «espontáneas», también es posible el estudio de los síntomas tras su provocación experimental. Este abordaje se ha utilizado a menudo en los estudios sobre los trastornos de ansiedad. Así, se ha provocado la aparición de síntomas obsesivo-compulsivos en el escáner mediante la presentación de contaminantes potenciales (que inducen el movimiento de lavado de manos) a pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), y estos síntomas se han asociado a la activación de las cortezas orbitofrontal y del cuerpo calloso, así como del estriado (20-22). Para la provocación de los síntomas en pacientes con trastorno por estrés postraumático (TEPT) (23-25) se han utilizado palabras, imágenes y sonidos evocadores de los acontecimientos traumáticos y esta provocación se ha asociado a la disminución en la activación de la corteza prefrontal medial y frontal inferior. Rauch y cols. (26) analizaron los datos acumulados obtenidos mediante PET tras el uso de paradigmas de provocación de síntomas en pacientes con TOC, con fobia simple y con TEPT, y sugirieron que la activación de la corteza frontal inferior y orbitofrontal, de la insula, de los ganglios basales y del tronco encefálico era frecuente en los distintos trastornos de ansiedad.

La provocación de los síntomas también se ha utilizado en el estudio de la depresión. Liotti y cols. (27) estudiaron mediante PET la depresión transitoria provocada por la escritura de recuerdos autobiográficos en pacientes con depresión en fase de remisión y en pacientes con depresión activa. Estos investigadores observaron que el cambio del estado de ánimo en los pacientes con depresión en fase de remisión dio lugar a una disminución del FSCr en la corteza orbitofrontal medial, lo que también fue evidente en los pacientes con depresión activa pero no en los controles sanos; este resultado es congruente con la existencia de un marcador del rasgo de depresión. En la esqui-

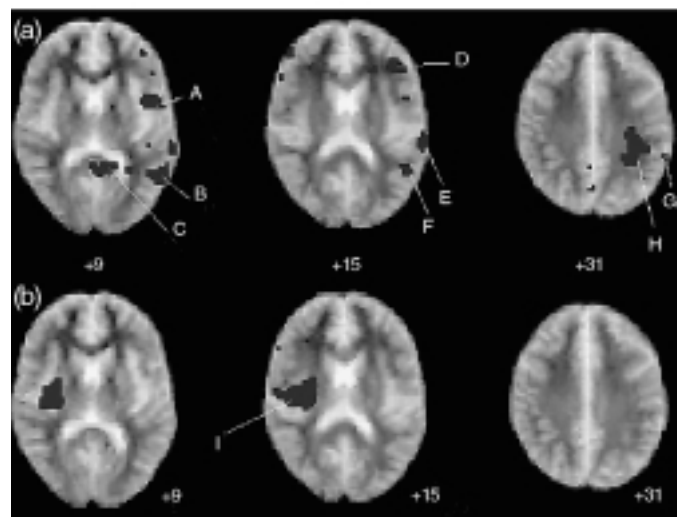


Figura 1. Áreas cerebrales activas durante distintos tipos de alucinaciones en un paciente con esquizofrenia. Los vóxeles negros en la fila (a) indican focos de activación asociados a alucinaciones somáticas (A a H). Los vóxeles negros en la fila (b) corresponden a alucinaciones auditivas (I). La parte izquierda del cerebro aparece en el lado derecho de cada imagen. El nivel axial (coordinada z en el espacio de Talairach y Tournoux) se muestra bajo cada corte. Adaptado de Shergill y cols. (19).

zofrenia se ha inducido un trastorno formal del proceso del pensamiento al solicitar a los pacientes la interpretación de imágenes de carácter ambiguo. Tanto McGuire y cols. (28), mediante PET, como Kircher y cols. (29), mediante RMf, observaron que la gravedad del trastorno formal del pensamiento presentaba una correlación inversa con la actividad de la corteza temporal superior izquierda (figura 2).

ESTUDIOS RELATIVOS AL TRATAMIENTO

La neuroimagen funcional permite la evaluación de los efectos de los tratamientos clínicos sobre la función cerebral. Los pacientes pueden ser evaluados antes y después del tratamiento, y las modificaciones detectadas en el patrón de actividad cerebral pueden estar relacionadas con la mejoría de los síntomas, de la función cognoscitiva o de ambos en estos mismos pacientes.

Mediante el uso de diversas formas de intervención, como los fármacos antidepressivos, el tratamiento electroconvulsivo, la estimulación magnética transcraneal, la privación del sueño y la psicoterapia, se ha evaluado en estudios de neuroimagen funcional la actividad antes y después del tratamiento en pacientes con trastorno depresivo mayor (TDM). El resultado más destacado ha sido la normalización del hipometabolismo frontal en reposo tras el tratamiento, mientras que los resultados observados en otras regiones no han sido constantes. Sin embargo, en estudios recientes se ha sugerido que hay varios factores que pueden influir en el patrón de modificación de la actividad cerebral en el TDM, como el tipo de medicación (30), la duración del tratamiento (31), el perfil sintomático (32), la modalidad terapéutica (medicación o tratamiento psicológico) (33,34) y el efecto placebo (35).

También se han observado cambios en la actividad en reposo después del tratamiento con inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS) y de la terapia cognoscitiva de modificación de conducta (TCMC) en el TOC. El tratamiento del TOC con ISRS se asoció a una disminución en el metabolismo del núcleo caudado (36,37), así como también la TCMC (36,38). Recientemente, Saxena y cols. (39) observaron que la respuesta metabólica regional frente al tratamiento con ISRS era diferente en el TOC y en el TDM. En el TOC, la mejoría sintomática se aso-

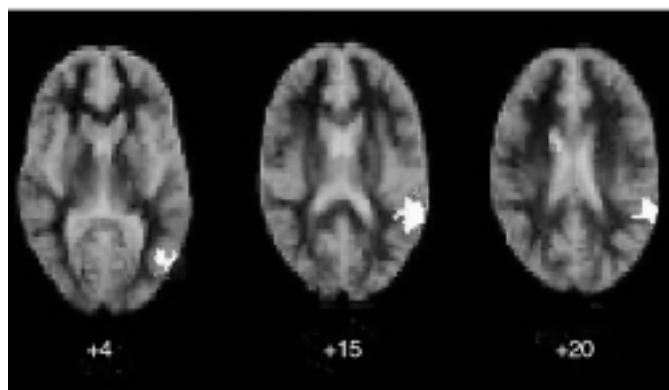


Figura 2. Distintas formas de correlación cerebral del trastorno formal del proceso del pensamiento en pacientes con esquizofrenia. Mientras los pacientes estaban charlando se observó una correlación inversa entre la gravedad del trastorno del pensamiento y la actividad en la circunvolución temporal superior izquierda (vóxeles blancos). La parte izquierda del cerebro aparece en el lado derecho de cada imagen. El nivel axial (coordenada z en el espacio de Talairach y Tournoux) se muestra bajo cada corte. Adaptado de Kircher y cols. (10).

ció a una disminución del metabolismo en el núcleo caudado derecho, el núcleo putamen derecho, la corteza prefrontal ventrolateral derecha, la corteza orbitofrontal bilateral y el tálamo, pero estas modificaciones no fueron evidentes en el TDM. Sin embargo, se debe destacar el hecho de que los resultados obtenidos en el estudio del TOC no han sido constantes en todos los casos (40).

En la esquizofrenia se han comparado los efectos del tratamiento con antipsicóticos típicos y atípicos sobre la actividad neural. En un estudio efectuado con PET se observó que la administración de haloperidol dio lugar a una disminución del FSC en reposo en las regiones frontales y a un incremento del FSC en los ganglios basales, en comparación con la risperidona; por su parte, la administración de risperidona se asoció a una disminución del FSCr en distintas regiones cerebelosas, en comparación con el haloperidol (41). Mediante RMf, Honey y cols. (42) observaron que la sustitución de los antipsicóticos típicos por risperidona en pacientes con esquizofrenia dio lugar a un incremento de la activación en la corteza prefrontal derecha, en el área motora suplementaria y en la corteza parietal posterior durante la realización de una tarea de memoria de trabajo. Los efectos de las intervenciones psicológicas en la esquizofrenia, como la TCMC, permanecen todavía en fase de investigación.

CONECTIVIDAD FUNCIONAL

En modelos teóricos se ha señalado que los trastornos psiquiátricos conllevan una alteración de la integración normal de distintos procesos cognoscitivos y de la actividad en diferentes regiones cerebrales. La conectividad funcional se refiere a la relación temporal entre la actividad (determinada mediante neuroimagen funcional) en áreas topográficamente diferentes. Mediante datos obtenidos con PET, Friston y Frith (43) observaron que al realizar una tarea de fluencia verbal las personas normales muestran una correlación inversa entre la actividad en las cortezas prefrontal y temporal superior. Esta correlación no se observó en los pacientes con esquizofrenia. Fletcher y cols. (44) detectaron una diferencia similar en las correlaciones fronto-temporales durante la tarea de fluencia verbal. Con esta misma tarea, Spence y cols. (45) demostraron una alteración de la correlación entre la actividad de las cortezas prefrontal izquierda y del cuerpo calloso en pacientes con esquizofrenia, mientras que Shergill y cols. (46) observaron mediante RMf diferencias en las correlaciones entre la actividad frontal y temporal en un estudio de la generación verbal encubierta. En estos estudios se demostró la alteración de la correlación entre la actividad de distintas regiones en pacientes con esquizofrenia, pero no se pudo determinar si hay una relación causal entre estas alteraciones. El análisis de trayectoria puede proporcionar más información acerca de la dirección de las supuestas interacciones entre las distintas regiones. Jennings y cols. (47) utilizaron este abordaje para evaluar los datos obtenidos mediante PET mientras los pacientes realizaban una tarea de procesamiento semántico y observaron que los esquizofrénicos mostraban una conexión negativa desde la corteza frontal inferior izquierda a la corteza temporal izquierda, que fue negativa en los controles, así como una conexión positiva desde el polo frontal derecho hasta la corteza del cuerpo calloso anterior, que fue negativa en los controles (figura 3). Aunque en estos estudios se han obtenido resultados prometedores, en algunos de ellos no se han podido detectar diferencias en la conectividad funcional entre los pacientes y los controles (48), y –debido a que este abordaje es relativamente novedoso– son necesarios nuevos estudios para desarrollar la metodología.

La mayor parte de estos estudios se ha realizado en pacientes con esquizofrenia, aunque también se han efectuado estu-

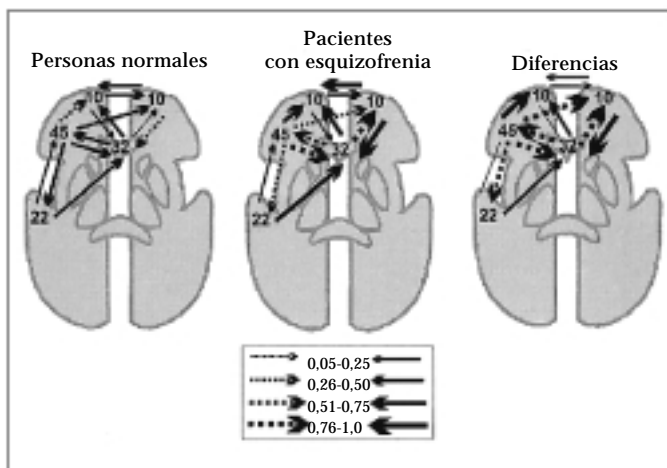


Figura 3. Redes funcionales definidas a través de un análisis de trayectoria de los datos obtenidos mediante neuroimagen funcional en pacientes con esquizofrenia y en controles. El grosor de las flechas indica la intensidad de la conexión entre cada dos áreas. Los coeficientes positivos de trayectoria están representados por flechas negras continuas mientras que los coeficientes negativos lo están por flechas discontinuas. Este análisis sugiere que entre los pacientes y los controles hay diferencias en la conectividad funcional. Adaptado de Jennings y cols. (47).

dios análogos en pacientes con otras enfermedades. Por ejemplo, Shaw y cols. (49) aplicaron recientemente otro método analítico (el análisis de variables canónicas) a datos obtenidos mediante PET en pacientes con TEPT mientras realizaban una tarea de memoria de trabajo.

LÍNEAS FUTURAS

Integración de los datos de neuroimagen funcional y de otros datos

Hasta el momento, en la mayor parte de los estudios de neuroimagen efectuados en pacientes con enfermedades psiquiátricas se ha realizado un único tipo de prueba: en general, los estudios de neuroimagen funcional y estructural se han efectuado por separado. Recientemente, debido en particular al incremento en la disponibilidad de la RM (que permite la adquisición de datos funcionales, volumétricos y espectroscópicos con la misma cámara), los investigadores han obtenido tipos diferentes de datos de imagen en los mismos pacientes. Debido en parte a que no son triviales los problemas metodológicos asociados a la integración de los datos obtenidos mediante modalidades de imagen diferentes, sólo se han efectuado unos pocos estudios de este tipo, aunque posiblemente se van a realizar más en el futuro próximo. La integración de los resultados conseguidos con neuroimagen funcional y con neuroimagen estructural en los trastornos psiquiátricos va a incrementar de manera significativa nuestros conocimientos de su fisiopatología. Por ejemplo, en algunos estudios de neuroimagen funcional se ha sugerido que en la esquizofrenia hay una alteración de la conectividad funcional. Sin embargo, no se ha determinado si esta alteración se debe a un trastorno subyacente en las conexiones anatómicas entre las distintas áreas corticales. Este problema se puede abordar mediante la técnica de imagen con tensor de difusión (TITD), una modalidad de RM que permite la evaluación de la integridad de los haces de sustancia blanca. Las aplicaciones iniciales de la TITD en la esquizofrenia indican que pueden existir alteraciones en las conexiones cortico-corticales (50) y sería especialmente in-

terésante evaluar la relación entre estas modificaciones y las alteraciones de la conectividad funcional en los mismos pacientes.

También puede ser útil la integración de los datos obtenidos mediante neuroimagen funcional con la información conseguida a través de otras técnicas distintas de las de imagen. La estimulación magnética transcraneal (EMTC) es una nueva tecnología que se puede utilizar para estimular o inhibir de manera no invasora diversas regiones seleccionadas de la corteza cerebral. La combinación de la EMTC con la neuroimagen funcional hace posible la evaluación de los efectos de la actividad de modulación en una región concreta sobre la actividad en otras áreas, especialmente en las áreas con las que están conectadas (51). Una limitación de la técnica RMf/PET es su resolución temporal relativamente escasa. Las señales de electroencefalografía (EEG)/encefalografía magnética (EGM) tienen una resolución temporal mayor pero una resolución espacial menor. La integración de la información obtenida mediante RMf/PET y mediante EEG/EGM tiene la posibilidad de combinar sus ventajas respectivas y de proporcionar datos con una resolución espacial y temporal elevada. Aunque la obtención de ambos tipos de datos en el escáner es técnicamente difícil, se están empezando a realizar estos estudios. Por ejemplo, Mathiak y cols. llevaron a cabo recientemente el registro simultáneo de datos de RMf y de EGM mientras los pacientes realizaban un paradigma de incompatibilidad (52). La aplicación de estos paradigmas combinados a pacientes (más que a voluntarios) representa un reto adicional.

Aplicaciones clínicas

Aunque se han realizado abundantes estudios de investigación sobre la aplicación de la neuroimagen funcional a pacientes con enfermedades mentales, hasta el momento las aplicaciones puramente clínicas de la neuroimagen funcional han sido relativamente escasas. En el momento presente, el diagnóstico y la evaluación del pronóstico y la efectividad de los tratamientos dependen en gran medida de la historia clínica y de la psicopatología actual. La neuroimagen todavía no desempeña un papel importante en estos aspectos, aunque hay indicios de que pueda ser así más adelante. Por ejemplo, hay algunos datos que indican que el tratamiento del TOC y de la depresión puede normalizar el metabolismo incrementado en diversas regiones cerebrales. Además, la gravedad de las alteraciones a que dan lugar estas enfermedades antes de su tratamiento puede ser un dato útil para determinar cuáles son los pacientes que pueden responder al tratamiento (30,53,54). En la esquizofrenia hay pruebas de que la intensidad de las alteraciones volumétricas (volumen de la sustancia gris) en los pacientes que presentan un primer episodio se asocia a un pronóstico relativamente malo (55). En otros estudios efectuados con RM estructural se ha señalado que los pacientes con signos prodrómicos de psicosis y que desarrollan posteriormente una psicosis son distintos de los pacientes que no tienen esta evolución debido a que muestran un volumen mayor de la sustancia gris en las cortezas prefrontal, del cuerpo calloso y temporal medial (56). Dado que las alteraciones de la función cerebral regional pueden ser evidentes antes de que tenga lugar una pérdida macroscópica de sustancia gris, la neuroimagen funcional puede ser una técnica más adecuada para detectar la existencia de diferencias en estos pacientes, en comparación con la neuroimagen estructural. Sin embargo, hasta el momento son escasos los estudios que se han efectuado acerca de ello y, por tanto, son necesarios nuevos trabajos de investigación.

Un aspecto clave en relación con todo lo señalado es el hecho de que las diferencias detectadas mediante neuroimagen funcional son cuantitativas y no cualitativas, además de que sólo son evidentes a nivel de grupo y no a nivel de individuo. Un reto

importante a superar con los estudios que se realicen en el futuro es el desarrollo de métodos para utilizar los datos obtenidos en un solo paciente de manera que sean útiles para su propia evaluación clínica y su tratamiento.

World Psychiatry 2004; 1: 6-11

Bibliografía

1. Szechtman H, Nahmias C, Garnett ES et al. Effect of neuroleptics on altered cerebral glucose metabolism in schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1988;45:523-32.
2. Ebmeier KP, Blackwood DH, Murray C et al. Single-photon emission computed tomography with ^{99m}Tc-exametazime in unmedicated schizophrenic patients. *Biol Psychiatry* 1993;33:487-95.
3. Liddle PF, Friston KJ, Frith CD et al. Patterns of cerebral blood flow in schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1992;160:179-86.
4. Bench CJ, Friston KJ, Brown RG et al. Regional cerebral blood flow in depression measured by positron emission tomography: the relationship with clinical dimensions. *Psychol Med* 1993;23:579-90.
5. Fletcher PC, McKenna PJ, Frith CD et al. Brain activations in schizophrenia during a graded memory task studied with functional neuroimaging. *Arch Gen Psychiatry* 1998;55:1001-8.
6. Curtis VA, Bullmore ET, Brammer MJ et al. Attenuated frontal activation during a verbal fluency task in patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1998;155:1056-63.
7. Curtis VA, Bullmore ET, Morris RG et al. Attenuated frontal activation in schizophrenia may be task dependent. *Schizophr Res* 1999;37:35-44.
8. Fu CH, Suckling J, Williams S et al. Effects of psychotic state and task demand on prefrontal function in schizophrenia: an fMRI study of overt verbal fluency. Submitted for publication.
9. Gur RC, Gur RE. Hypofrontality in schizophrenia: RIP. *Lancet* 1995;345:1383-4.
10. Kircher TT, Bullmore ET, Brammer MJ et al. Differential activation of temporal cortex during sentence completion in schizophrenic patients with and without formal thought disorder. *Schizophr Res* 2001;50:27-40.
11. Spence SA, Brooks DJ, Hirsch SR et al. A PET study of voluntary movement in schizophrenic patients experiencing passivity phenomena (delusions of alien control). *Brain* 1997;120:1997-2011.
12. McGuire PK, Silbersweig DA, Wright I et al. Abnormal monitoring of inner speech: a physiological basis for auditory hallucinations. *Lancet* 1995;346:596-600.
13. Shergill SS, Bullmore E, Simmons A et al. Functional anatomy of auditory verbal imagery in schizophrenic patients with auditory hallucinations. *Am J Psychiatry* 2000;157:1691-3.
14. McGuire PK, Shah GM, Murray RM. Increased blood flow in Broca's area during auditory hallucinations in schizophrenia. *Lancet* 1993;342:703-6.
15. Clegghorn JM, Franco S, Szechtman B et al. Toward a brain map of auditory hallucinations. *Am J Psychiatry* 1992;149:1062-9.
16. Silbersweig DA, Stern E, Frith C et al. A functional neuroanatomy of hallucinations in schizophrenia. *Nature* 1995;378:176-9.
17. Dierks T, Linden DE, Jandl M et al. Activation of Heschl's gyrus during auditory hallucinations. *Neuron* 1999;22:615-21.
18. Shergill SS, Brammer MJ, Williams SC et al. Mapping auditory hallucinations in schizophrenia using functional magnetic resonance imaging. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57:1033-8.
19. Shergill SS, Cameron LA, Brammer MJ et al. Modality specific neural correlates of auditory and somatic hallucinations. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2001;71:688-690.
20. McGuire PK, Bench CJ, Frith CD et al. Functional anatomy of obsessive-compulsive phenomena. *Br J Psychiatry* 1994;164:459-68.
21. Rauch SL, Jenike MA, Alpert NM et al. Regional cerebral blood flow measured during symptom provocation in obsessive-compulsive disorder using oxygen 15-labeled carbon dioxide and positron emission tomography. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51:62-70.
22. Breiter HC, Rauch SL, Kwong KK et al. Functional magnetic resonance imaging of symptom provocation in obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1996;53:595-606.
23. Bremner JD, Staib LH, Kaloupek D et al. Neural correlates of exposure to traumatic pictures and sound in Vietnam combat veterans with and without posttraumatic stress disorder: a positron emission tomography study. *Biol Psychiatry* 1999;45:806-16.
24. Shin LM, McNally RJ, Kosslyn SM et al. Regional cerebral blood flow during script-driven imagery in childhood sexual abuse-related PTSD: a PET investigation. *Am J Psychiatry* 1999;156:575-84.
25. Lanius RA, Williamson PC, Boksman K et al. Brain activation during script-driven imagery induced dissociative responses in PTSD: a functional magnetic resonance imaging investigation. *Biol Psychiatry* 2002;52:305-11.
26. Rauch SL, Savage CR, Alpert NM et al. The functional neuroanatomy of anxiety: a study of three disorders using positron emission tomography and symptom provocation. *Biol Psychiatry* 1997;42:446-52.
27. Liotti M, Mayberg HS, McGinnis S et al. Unmasking disease-specific cerebral blood flow abnormalities: mood challenge in patients with remitted unipolar depression. *Am J Psychiatry* 2002;159:1830-40.
28. McGuire PK, Queded DJ, Spence SA et al. Pathophysiology of 'positive' thought disorder in schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1998;173:231-5.
29. Kircher TT, Liddle PF, Brammer MJ et al. Neural correlates of formal thought disorder in schizophrenia: preliminary findings from a functional magnetic resonance imaging study. *Arch Gen Psychiatry* 2001;58:769-74.
30. Ketter TA, Kimbrell TA, George MS et al. Baseline cerebral hypermetabolism associated with carbamazepine response, and hypometabolism with nimodipine response in mood disorders. *Biol Psychiatry* 1999;46:1364-74.
31. Mayberg HS, Brannan SK, Tekell JL et al. Regional metabolic effects of fluoxetine in major depression: serial changes and relationship to clinical response. *Biol Psychiatry* 2000;48:830-43.
32. Brody AL, Saxena S, Mandelkern MA et al. Brain metabolic changes associated with symptom factor improvement in major depressive disorder. *Biol Psychiatry* 2001;50:171-8.
33. Brody AL, Saxena S, Stoessel P et al. Regional brain metabolic changes in patients with major depression treated with either paroxetine or interpersonal therapy: preliminary findings. *Arch Gen Psychiatry* 2001;58:631-40.
34. Martin SD, Martin E, Rai SS et al. Brain blood flow changes in depressed patients treated with interpersonal psychotherapy or venlafaxine hydrochloride: preliminary findings. *Arch Gen Psychiatry* 2001;58:641-8.
35. Mayberg HS, Silva JA, Brannan SK et al. The functional neuroanatomy of the placebo effect. *Am J Psychiatry* 2002;159:728-37.
36. Baxter LR Jr, Schwartz JM, Bergman KS et al. Caudate glucose metabolic rate changes with both drug and behavior therapy for obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1992;49:681-9.
37. Saxena S, Brody AL, Maidment KM et al. Localized orbitofrontal and subcortical metabolic changes and predictors of response to paroxetine treatment in obsessive-compulsive disorder. *Neuropsychopharmacology* 1999;21:683-93.
38. Schwartz JM, Stoessel PW, Baxter LR Jr et al. Systematic changes in cerebral glucose metabolic rate after successful behavior modification treatment of obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1996;53:109-13.
39. Saxena S, Brody AL, Ho ML et al. Differential cerebral metabolic changes with paroxetine treatment of obsessive-compulsive disorder vs major depression. *Arch Gen Psychiatry* 2002;59:250-61.

40. Rubin RT, Ananth J, Villanueva-Meyer J et al. Regional ¹³³xenon cerebral blood flow and cerebral ^{99m}Tc-HMPAO uptake in patients with obsessive-compulsive disorder before and during treatment. *Biol Psychiatry* 1995;38:429-37.
41. Miller DD, Andreasen NC, O'Leary DS et al. Comparison of the effects of risperidone and haloperidol on regional cerebral blood flow in schizophrenia. *Biol Psychiatry* 2001;49:704-15.
42. Honey GD, Bullmore ET, Soni W et al. Differences in frontal cortical activation by a working memory task after substitution of risperidone for typical antipsychotic drugs in patients with schizophrenia. *Proc Natl Acad Sci USA* 1999;96:13432-7.
43. Friston KJ, Frith CD. Schizophrenia: a disconnection syndrome? *Clin Neurosci* 1995;3:89-97.
44. Fletcher P, McKenna PJ, Friston KJ et al. Abnormal cingulate modulation of fronto-temporal connectivity in schizophrenia. *Neuroimage* 1999;9:337-42.
45. Spence SA, Liddle PF, Stefan MD et al. Functional anatomy of verbal fluency in people with schizophrenia and those at genetic risk. Focal dysfunction and distributed disconnectivity reappraised. *Br J Psychiatry* 2000;176:52-60.
46. Shergill SS, Fukuda R, Brammer M et al. Impaired monitoring of inner speech in schizophrenia. *Br J Psychiatry* (in press).
47. Jennings JM, McIntosh AR, Kapur S et al. Functional network differences in schizophrenia: a rCBF study of semantic processing. *Neuroreport* 1998;9:1697-700.
48. Welchew DE, Honey GD, Sharma T et al. Multidimensional scaling of integrated neurocognitive function and schizophrenia as a disconnection disorder. *Neuroimage* 2002;17:1227-39.
49. Shaw ME, Strother SC, McFarlane AC et al. Abnormal functional connectivity in posttraumatic stress disorder. *Neuroimage* 2002;15:661-74.
50. Lim KO, Hedehus M, Moseley M et al. Compromised white matter tract integrity in schizophrenia inferred from diffusion tensor imaging. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56:367-74.
51. Paus T, Castro-Alamancos MA, Petrides M. Cortico-cortical connectivity of the human mid-dorsolateral frontal cortex and its modulation by repetitive transcranial magnetic stimulation. *Eur J Neurosci* 2001;14:1405-11.
52. Mathiak K, Rapp A, Kircher TT et al. Mismatch responses to randomized gradient switching noise as reflected by fMRI and whole-head magnetoencephalography. *Hum Brain Mapp* 2002; 16:190-5.
53. Mayberg HS, Brannan SK, Mahurin RK et al. Cingulate function in depression: a potential predictor of treatment response. *Neuroreport* 1997;8:1057-61.
54. Brody AL, Saxena S, Schwartz JM et al. FDG-PET predictors of response to behavioral therapy and pharmacotherapy in obsessive compulsive disorder. *Psychiatry Res* 1998;84:1-6.
55. Zipursky RB, Zhang-Wong J, Lambe EK et al. MRI correlates of treatment response in first episode psychosis. *Schizophr Res* 1998;30:81-90.
56. Pantelis C, Velakoulis D, McGorry PD et al. Neuroanatomical abnormalities before and after onset of psychosis: a cross-sectional and longitudinal MRI comparison. *Lancet* 2003;361:281-8.

Trastorno dismórfico corporal: reconocimiento y tratamiento de la fealdad imaginaria

KATHARINE A. PHILLIPS

Brown Medical School and Butler Hospital, 345 Blackstone Blvd., Providence, Rhode Island 02906, USA

El trastorno dismórfico corporal (TDC), también denominado dismorfofobia, es un cuadro psiquiátrico grave que se observa en pacientes de todo el mundo. No obstante, su diagnóstico se suele pasar por alto en el contexto clínico. Son importantes el reconocimiento y el diagnóstico del TDC debido a que este trastorno es relativamente frecuente y a que da lugar a un estrés significativo y a alteraciones en áreas importantes de la actividad del individuo. También se ha asociado a una disminución notable de la calidad de vida. Aunque los estudios de investigación sobre su tratamiento efectivo son todavía limitados, en la actualidad se considera que los inhibidores de la recaptación de serotonina (IRS) representan el tratamiento medicamentoso de elección. Para la mejoría de los síntomas a menudo es necesaria la administración de una dosis relativamente elevada de IRS y durante un período de al menos 12 semanas. El tratamiento psicosocial de elección es la terapia cognoscitiva de modificación del comportamiento constituida por elementos como la exposición, la prevención de la respuesta, los experimentos de modificación de conducta y la reestructuración cognoscitiva. Aunque el TDC es un proceso que se conoce cada vez mejor, son necesarios nuevos estudios acerca de todos los aspectos del mismo, incluyendo su tratamiento, su epidemiología, sus características interculturales y su patología.

Palabras clave: trastorno dismórfico corporal, dismorfofobia, trastorno de delirio, trastornos somatomorfos

El trastorno dismórfico corporal (TDC), también denominado dismorfofobia, es una enfermedad mental grave escasamente diagnosticada y relativamente frecuente que afecta a personas de todo el mundo. Los pacientes con TDC consideran que tienen un aspecto feo o deformado (p. ej., creen que tienen una nariz grande y «repulsiva» o una piel intensamente señalada o con marcas), cuando en realidad su apariencia es normal. Debido a la preocupación por su aspecto, pueden dejar de trabajar y de establecer relaciones con otras personas, se recluyen en casa e incluso pueden suicidarse (1,2).

Enrico Morselli, un psiquiatra italiano, fue el primero en describir el TDC hace más de 100 años (3), señalando que «el paciente con dismorfofobia es en efecto una persona verdaderamente infeliz que en medio de sus asuntos cotidianos, de una conversación, de la lectura, de la comida o, de hecho, en cualquier lugar y en cualquier momento del día, aparece acometido súbitamente por el temor de presentar alguna deformidad ... (lo que) puede alcanzar una gran intensidad dolorosa incluso hasta el punto de que el paciente se hecha a llorar y muestra una desesperación intensa». Otros autores, como Kraepelin (4) y Janet (5) han descrito también el TDC a lo largo del último siglo y se han referido al mismo con términos como «hipocondría dermatológica», Schönheitshypochondrie («hipocondría de fealdad») y Hässlichkeitskümmerer («persona preocupada por ser fea») (1).

El DSM-IV clasifica el TDC como un trastorno específico y lo define como la preocupación por un defecto imaginario en el aspecto corporal; en los casos en los que el paciente presenta alguna anomalía física ligera, su preocupación es excesiva (6). La preocupación da lugar a cuadros clínicamente significativos de malestar o de alteraciones en los contextos social y laboral, o bien en otras áreas importantes de la actividad del individuo, y no se puede explicar por el hecho de que el paciente sufra alguna otra enfermedad mental como anorexia nerviosa. El DSM-IV clasifica el TDC como un trastorno somatomorfo, pero considera su variante delirante como un trastorno psicótico (una forma de trastorno de delirium, de tipo somático). (Sin embargo, los pacientes con delirium pueden ser diagnosticados como TDC y como trastorno de delirium, lo que refleja las impresiones clínicas y la evidencia empírica de que posiblemente el TDC con delirium o sin él es una misma enfermedad con un espectro amplio de percepción por parte del paciente es [7].) La CIE-10 también clasifica al TDC en los trastornos somatomorfos

pero, a diferencia del DSM-IV, lo considera como una forma de hipocondría (8); el TDC delirante lo clasifica en el grupo de «otros trastornos de delirio persistente».

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Las personas con TDC están obsesionadas con la posibilidad de tener un aspecto que no es el adecuado, a pesar de que el defecto percibido en su apariencia pueda ser realmente mínimo o inexistente (1,2,9-14). Pueden describir su aspecto como poco atractivo o deformado, o incluso espantoso o monstruoso. La preocupación se suele centrar en la cara o la cabeza (p. ej., el acné, el color de la piel, la calvicie o el tamaño de la cabeza) aunque se puede referir a cualquier zona corporal o a todo el cuerpo, y es característica la preocupación por múltiples áreas corporales. Las preocupaciones por el aspecto físico son difíciles de eliminar o controlar y consumen en promedio 3-8 horas al día. A menudo se asocian a temor a rechazo y a sentimientos de autoestima baja, de vergüenza, de azoramiento, de indignidad o de sentirse incapaz de aprecio por los demás. La comprensión del problema por parte del paciente suele ser escasa y la mitad de los pacientes sufre delirium (es decir, están completamente seguros de que su aspecto es anómalo y que su consideración del «defecto» es precisa) (2,7). Además, la mayor parte de ellos padece ideas o delirium de referencia considerando que otras personas se dan cuenta especialmente del «defecto», quizá lo observan fijamente, hablan de él o se burlan.

La mayor parte de los pacientes desarrolla comportamientos repetitivos y compulsivos dirigidos hacia el examen, mejora u ocultamiento del «defecto» (1,2,9-14). Son comportamientos frecuentes mirarse al espejo, compararse con los demás, la aplicación de cuidados excesivos (p. ej., maquillaje, peluquería), el ocultamiento (p. ej., con un gorro o sombrero, ropa o maquillaje), el cambio frecuente de ropa, la búsqueda de tranquilidad de este sentido, el pellizcado de la piel y el consumo de una dieta restringida. Estos comportamientos tienen lugar característicamente durante muchas horas cada día y son difíciles de evitar o controlar por parte del paciente.

En algunos estudios se ha señalado que el trastorno afecta aproximadamente por igual a ambos sexos (15) mientras que en otros se ha señalado una preponderancia de los hombres (11) o

de las mujeres (12,16) (aunque en algunos de ellos son evidentes distintas formas de sesgo de remisión de los pacientes). La mayor parte de los pacientes nunca ha estado casado y una proporción relativamente elevada de los mismos permanece en paro (7,13). Las características clínicas del trastorno son generalmente similares en los hombres y las mujeres, aunque hay varias diferencias aparentes (15,17).

El TDC se suele iniciar durante la primera etapa de la adolescencia y también se puede observar en niños. A pesar de que son muy escasos los estudios de investigación en este grupo de edad, las características clínicas del TDC en los niños y los adolescentes parecen ser similares a las que se observan en el adulto (18). No se han realizado estudios prospectivos sobre el TDC, pero los datos disponibles indican que este trastorno tiene una evolución crónica, a menudo con aparición y desaparición de los síntomas (10).

La mayor parte de los pacientes con TDC atendidos en el contexto asistencial psiquiátrico padece además otras enfermedades mentales. En la mayor parte de los estudios se ha observado que la enfermedad asociada con más frecuencia es la depresión mayor y en el estudio de mayor envergadura (n = 293) realizado acerca de esta asociación se ha observado una prevalencia actual del 58 % y una prevalencia a lo largo de la vida del paciente del 76 % (19). En este estudio, el inicio de la depresión mayor tuvo lugar más a menudo después del comienzo del TDC, lo que es congruente con la impresión clínica de que la depresión es con mayor frecuencia (aunque no siempre) secundaria al TDC. Otros procesos mentales que también aparece asociados con frecuencia al TDC son los trastornos relacionados con sustancias, la fobia social, el trastorno obsesivo compulsivo (TOC) y los trastornos de la personalidad (sobre todo, por evitación) (10,19).

DISMINUCIÓN DE LA ACTIVIDAD EN ÁREAS IMPORTANTES, ESTRÉS Y DETERIORO DE LA CALIDAD DE VIDA

Aunque el nivel de actividad en las áreas importantes de la vida del individuo es variable, el TDC da lugar casi siempre a una disminución del mismo, a menudo en grado importante, así como a otras complicaciones (1,2,7,9,13,18). El deterioro social es casi universal. Los pacientes con TDC suelen tener pocos amigos o ninguno y evitan los contactos personales así como otras formas de interacción social. La mayor parte de estos pacientes también muestra un deterioro académico, laboral o funcional. Las obsesiones, los comportamientos y la autoconciencia que acompañan al TDC disminuyen a menudo la capacidad de concentración y la productividad. No es infrecuente que los pacientes abandonen los estudios o dejen de trabajar. En una serie de estudio, casi el 30 % de los pacientes había permanecido completamente recluso en casa durante al menos una semana, más de la mitad había sido hospitalizado por motivos psiquiátricos, más de los dos tercios había tenido ideación suicida a causa del TDC y casi el 30 % había intentado el suicidio (7). En un estudio sobre pacientes dermatológicos fallecidos debido a suicidio, la mayor parte presentaba acné o TDC (20).

Los pacientes con TDC muestran niveles excesivos de estrés percibido (21) y muy poca calidad de vida. En un estudio en el que se evaluó la calidad de vida relacionada con la salud mediante el instrumento Short Form Health Survey (SF-36), los pacientes ambulatorios diagnosticados de TDC (n = 62) mostraron puntuaciones notablemente peores en todos los aspectos de la salud mental en comparación con las personas normales de la población general estadounidense y en comparación

también con los pacientes que presentaban depresión, diabetes tipo 1 o infarto miocárdico reciente (22). Los síntomas de TDC más graves se asociaron a los niveles más bajos de la calidad de vida relacionada con la salud mental.

ASPECTOS CULTURALES

El TDC se ha observado en numerosos países y continentes de todo el mundo, no solamente en Estados Unidos, Canadá, Australia y otros muchos países de Europa Oriental y Occidental, sino también en China, Japón, países de la antigua Unión Soviética, América del Sur, África y otros (1,23-27). No obstante, hasta donde sabe el autor de este artículo, los estudios fenomenológicos sistemáticos de mayor envergadura acerca del TDC son los realizados en Estados Unidos (n = 293 [20] y n = 50 [11]), Italia (n = 58) (13) e Inglaterra (n = 50) (12). Así, los estudios realizados en estos países han definido en gran medida nuestro conocimiento de las características clínicas del TDC.

Sólo se ha realizado un estudio intercultural acerca del TDC, en el que se comparó la prevalencia del mismo en grupos de estudiantes normales norteamericanos (n = 101) y alemanes (n = 133); en este estudio se observaron tasas de prevalencia similares en ambos grupos (4,0 % de los norteamericanos y 5,3 % de los alemanes) (28). No se han efectuado estudios interculturales para la comparación de las características clínicas del TDC en grupos de población general o en grupos de pacientes con otras enfermedades. A pesar de ello, los casos aislados y las series de casos que se han publicado en todo el mundo indican que las características clínicas del TDC son generalmente similares en las distintas culturas, aunque cada cultura puede dar lugar a matices y acentos sobre una expresión aparentemente invariable o universal del TDC. Por ejemplo, en las series de casos estudiados en Japón se ha sugerido que las características clínicas del TDC en este país son generalmente similares a las observadas en otros países; sin embargo, la preocupación de los pacientes japoneses por los párpados y por el hecho de causar disgusto a los demás (a causa de la fealdad) puede ser más frecuente que la que se observa en las culturas occidentales.

Se ha planteado la posibilidad de que el TDC esté relacionado con el *koro*. El *koro* es un síndrome de origen cultural que se observa principalmente en el sudeste asiático y que se caracteriza por la preocupación de que el pene (los labios vulvares, los pezones o las mamas en las mujeres) sufra una retracción que le haga desaparecer en el abdomen causando el fallecimiento del paciente (29). Aunque el *koro* muestra similitudes con el TDC, difiere del mismo en que su duración es habitualmente más breve, en que muestra características asociadas diferentes (generalmente con miedo a la muerte), en que suele responder a las medidas para tranquilizar al paciente y en que ocasionalmente aparece en brotes epidémicos.

PREVALENCIA

A pesar de que no se han efectuado encuestas epidemiológicas de gran envergadura acerca de la prevalencia del TDC, los estudios realizados hasta el momento indican que este trastorno es relativamente frecuente en los contextos clínico y extraclínicos (14). En los estudios efectuados sobre grupos de población general se han observado tasas de prevalencia actual del 0,7 y el 1,1 %, mientras que en estudios realizados sobre grupos de estudiantes normales las tasas de prevalencia han sido del 2,2, el 4 y el 13 % (14). En un estudio efectuado sobre un grupo de

pacientes atendidos en un hospital general se observó que el 13 % presentaba TDC (30). En los estudios realizados en contextos ambulatorios se han observado tasas de prevalencia del 8-37 % en pacientes con TOC, del 11-13 % en pacientes con fobia social, del 36 % en pacientes con tricotilomanía, del 8 % en pacientes con depresión mayor y del 14-42 % en pacientes con depresión mayor atípica (14). En un estudio sobre pacientes con depresión atípica, el TDC tuvo una prevalencia superior al doble de la del TOC (31); en otro estudio sobre pacientes con las mismas características el TDC tuvo una prevalencia mayor que muchos otros trastornos como el TOC, la fobia social, la fobia simple, el trastorno de ansiedad generalizada, la bulimia nerviosa y el abuso o dependencia de sustancias. En un contexto de pacientes dermatológicos el 12 % presentaba TDC, mientras que en contextos de cirugía estética se han observado tasas de prevalencia del 6-15 % (14).

No obstante, el TDC se diagnostica con una frecuencia menor de la real. En dos estudios sobre pacientes hospitalizados (2,30), así como en los estudios realizados sobre pacientes ambulatorios de ámbito general (33) y sobre pacientes ambulatorios con depresión (31), se ha llevado a cabo de manera sistemática una evaluación de la presencia de TDC con determinación posterior de si los clínicos habían recogido este diagnóstico en la historia clínica. En los cuatro estudios se observó que los clínicos no habían consignado ningún caso de TDC. Así, parece ser muy frecuente el hecho de pasar por alto el diagnóstico de TDC.

DIAGNÓSTICO

El TDC puede ser difícil de diagnosticar debido a que muchos pacientes están demasiado avergonzados como para revelar sus síntomas, sienten temor a que sus preocupaciones sean trivializadas o sean tomadas por una tontería (9). A menos que se considere de manera específica la posibilidad de un TDC, es fácil pasar por alto su diagnóstico. La falta de diagnóstico del TDC es problemática debido a que el tratamiento puede no dar buenos resultados y a que el paciente se puede sentir incomprendido e informado de manera insuficiente acerca del diagnóstico y de las opciones terapéuticas. El TDC se puede diagnosticar mediante la realización de las preguntas que se exponen a continuación (9), que reflejan los criterios de este trastorno recogidos en el DSM-IV:

1) ¿Está usted muy preocupado acerca de algún aspecto de su apariencia? (*O bien: ¿es usted infeliz con su aspecto?*) *Si la respuesta es sí: ¿cuál es su preocupación?*

2) ¿Le inquieta esta preocupación? Es decir, ¿piensa con frecuencia en ello y le gustaría no estar tan preocupado? ¿Cuánto tiempo pasa pensando en ello (*señalar las áreas corporales de preocupación*)?

3) ¿Cuál es el efecto que tiene sobre su vida esta preocupación por su aspecto?:

- ¿Ha interferido de manera significativa en su vida social, su actividad académica, su trabajo, otras actividades u otros aspectos de su vida?

- ¿Le ha causado dificultades o estrés importantes?
- ¿Ha influido en su familia o en sus amigos?

El TDC se diagnostica en personas que 1) están preocupadas por defectos en su aspecto que son mínimos o inexistentes, 2) están preocupadas por el defecto percibido (piensan en él durante al menos una hora cada día) y 3) experimentan un estrés clínicamente significativo o un deterioro de la actividad en áreas importantes como resultado de su preocupación.

Se debe descartar la posibilidad de TDC en todos los pacientes con pensamiento referencial, que permanecen recluidos

en casa, que se someten a tratamientos dermatológicos o quirúrgicos innecesarios, o que muestran ansiedad de origen social, depresión o ideación suicida.

Para el diagnóstico del TDC, la CIE-10 y ciertos instrumentos diagnósticos requieren que el paciente haya rechazado aceptar los consejos y las medidas para tranquilizarle de uno o más médicos. Este requerimiento da lugar a un diagnóstico insuficiente del TDC debido a que muchos pacientes que muestran sintomatología intensa no acuden al médico ni revelan sus síntomas debido a vergüenza, a un acceso limitado al sistema sanitario o a otras razones. Además, los instrumentos de detección de los trastornos somatomorfos que están fundamentados en la presencia de síntomas físicos también dan lugar posiblemente a un diagnóstico insuficiente del TDC debido a que este trastorno no suele causar los síntomas físicos característicos de otros trastornos somatomorfos. De hecho, los datos de carácter preliminar indican que los pacientes con TDC no muestran niveles elevados de somatización (31).

Los pacientes pueden acudir al médico mostrando únicamente sintomatología de ansiedad, depresión o ideación suicida (9). En consecuencia, el TDC puede ser diagnosticado erróneamente como una fobia social o una agorafobia (por ansiedad social y aislamiento secundarios) o bien como un trastorno de angustia (debido a que el paciente puede presentar crisis de angustia de situación, p. ej., al mirarse al espejo). A menudo, el TDC es pasado por alto en los pacientes con depresión en los que sólo se establece este diagnóstico. El TDC es frecuentemente diagnosticado de manera errónea como un TOC (debido a que ambos trastornos se caracterizan por comportamientos obsesivos y compulsivos), y también puede ser diagnosticado de manera errónea como un cuadro de tricotilomanía (en el que los pacientes que cortan o arrancan su pelo para mejorar su aspecto). El TDC delirante es diagnosticado en ocasiones erróneamente como una esquizofrenia o como una depresión psicótica.

TRATAMIENTO

Aunque la investigación sobre el tratamiento es todavía limitada, los inhibidores de la recaptación de la serotonina (IRS) y la terapia cognitivo-conductual (TCC) son en la actualidad los tratamientos de elección (34,35). Los datos disponibles indican que los IRS, pero no otros medicamentos ni el tratamiento electroconvulsivo, son a menudo eficaces en el TDC, incluso en los pacientes con TDC delirante (34). Tras la publicación de casos que habían respondido a los IRS (36), en un estudio de carácter retrospectivo efectuado sobre 30 pacientes se observó que el 58 % de los mismos mostró respuesta frente a los IRS, en comparación con sólo el 5 % frente a otros medicamentos (2); en una ampliación de este estudio (n = 130) se obtuvieron resultados similares (34). En otro estudio retrospectivo (n = 50) también se demostró que los IRS fueron más efectivos que los antidepresivos tricíclicos distintos de los IRS (37). En dos estudios prospectivos con diseño abierto sobre el IRS fluvoxamina se obtuvo respuesta en las dos terceras partes de los pacientes (38,39). En un estudio prospectivo sobre el IRS citalopram, presentaron respuesta 11 de 15 pacientes; se demostró una mejoría significativa en la actividad en áreas importantes y en la calidad de vida, así como también en los síntomas del TDC (40).

Hasta el momento sólo se han efectuado dos estudios controlados acerca de la farmacoterapia en el TDC; son necesarios nuevos ensayos clínicos controlados en este sentido. En un ensayo clínico con diseño de grupos cruzados y control doble ciego

(n = 29, con asignación aleatoria), el IRS clomipramina fue más efectivo que el antidepresivo no IRS desipramina (41). En el único estudio controlado con placebo (n = 67, con asignación aleatoria), el IRS fluoxetina fue más efectivo que el placebo (42). Es destacable el hecho de que los datos disponibles indican de manera constante que los IRS son efectivos incluso en el TDC delirante (7,39,41,42), mientras que el TDC delirante no parece responder a los antipsicóticos administrados de manera aislada (34).

A pesar de la inexistencia de estudios de dosis, el TDC parece requerir a menudo dosis mayores que las utilizadas característicamente en la depresión. En un estudio de revisión de historias clínicas (n = 90), las dosis medias de los IRS fueron de $66,7 \pm 23,5$ mg/día de fluoxetina, de $308,3 \pm 49,2$ mg/día de fluvoxamina, de $55,0 \pm 12,9$ mg/día de paroxetina, de $202,1 \pm 45,8$ mg/día de sertralina y de $203,3 \pm 52,5$ mg/día de clomipramina (43). Algunos pacientes responden únicamente a dosis superiores a las máximas recomendadas (p. ej., 80-100 mg/día de citalopram o paroxetina). En la mayor parte de los estudios en los que se ha realizado un incremento rápido de la dosis, el período de tiempo medio necesario para la aparición de respuesta frente al TDC ha sido de 6-9 semanas, aunque en algunos pacientes han sido necesarias 12 o incluso 14 semanas (34). Por tanto, se recomienda que los pacientes reciban un IRS durante al menos 12 semanas antes de cambiar a otro IRS, y que se alcance la dosis mayor recomendada por el fabricante (si es tolerada) en los casos en los que las dosis inferiores no son efectivas. A menudo, parece ser necesario el tratamiento a largo plazo (34).

Sólo hay datos limitados acerca de las estrategias para la potenciación de los IRS (34). La adición de buspirona (40-90 mg/día) o la combinación de clomipramina con un IRS puede ser útil (aunque es necesaria la vigilancia de los niveles de clomipramina). Vale la pena considerar la adición de un antipsicótico a un IRS en los pacientes con TDC delirante, aunque esta estrategia no ha sido estudiada con detalle. A menudo, los pacientes con agitación o ansiedad intensa responden a la administración de una benzodiazepina además de un IRS. Los pacientes que no responden frente a un IRS administrado en dosis adecuadas sí pueden hacerlo frente a otro IRS o frente a venlafaxina. En los casos en los que ninguna de estas estrategias es efectiva, vale la pena intentar un inhibidor de la monoamino oxidasa (MAO).

Aunque la investigación sobre la psicoterapia también es limitada, la TCC parece ser efectiva en muchos casos (35). En la mayor parte de los estudios se han combinado componentes cognitivos (p. ej., reestructuración cognitiva dirigida hacia la eliminación de la creencia por parte del paciente de que su aspecto es problemático) con componentes del comportamiento consistentes principalmente en medidas de exposición y de prevención de respuesta (EPR) para reducir la evitación social y los comportamientos repetitivos (como mirarse de manera repetida en el espejo o utilizar un maquillaje excesivo). En los primeros casos publicados se señaló la obtención de buenos resultados con la terapia de exposición (44) y con la combinación de técnicas cognitivo-conductuales (45). En una serie de estudio posterior efectuada sobre 17 pacientes tratados durante 4 semanas con sesiones individuales de TCC de 90 minutos de duración (20 sesiones en total), disminuyó significativamente la intensidad de la sintomatología del TDC (46). En un estudio con diseño abierto efectuado sobre 13 pacientes tratados mediante TCC de grupo, el TDC mejoró significativamente tras 12 sesiones de grupo de 90 min de duración (47). En un estudio efectuado sobre 10 participantes que recibieron 30 sesiones individuales de EPR de 90 min de duración sin un componente

cognoscitivo, más 6 meses de prevención de la recidiva, la mejora se mantuvo hasta un período de 2 años (48).

Se han publicado dos estudios efectuados con control sobre pacientes en lista de espera. En un estudio preliminar realizado con asignación aleatoria sobre 19 pacientes, los que recibieron 12 sesiones semanales de TCC individual de 60 minutos de duración mostraron una mejoría significativamente mayor que los pacientes de control que permanecían en lista de espera y que no recibieron ninguna forma de tratamiento (49). En otro estudio (n = 54), las mujeres asignadas de manera aleatoria al grupo de terapia cognitiva más EPR (realizada mediante 8 sesiones de grupo semanales de 2 horas de duración) mostraron una mejoría mayor que las asignadas al grupo de control que también permanecían en lista de espera y que no recibieron tratamiento (16). (Sin embargo, las pacientes parecían presentar un TDC relativamente leve y la mayor parte de ellas estaba preocupada por su peso corporal y su figura, lo que hizo difícil determinar la aplicación de los resultados obtenidos en las mismas a pacientes con gravedad mayor y con sintomatología más típica de TDC.)

Los resultados señalados son muy prometedores, aunque son necesarios estudios efectuados con un control más riguroso. Además, también es necesaria la investigación del número, duración y frecuencia óptimos de las sesiones, así como de la eficacia relativa del tratamiento de grupo en comparación con el tratamiento individual. No sabemos si la terapia conductual por sí sola es efectiva de manera habitual o bien si es necesario que la terapia de reestructuración cognitiva y la terapia conductual formen parte necesariamente del tratamiento debido a que el TDC se suele acompañar de dificultades en la percepción por parte del paciente y de tendencia a la depresión. Aunque su necesidad es evidente, no disponemos de un manual genérico para el tratamiento de este trastorno. Tampoco sabemos si los IRS son más efectivos que la TCC, o viceversa, ni si su combinación es más eficaz que su aplicación de manera aislada. No obstante, en los pacientes con TDC grave, sobre todo en los que muestran depresión o ideación suicida, se recomienda la administración de un IRS debido a que la respuesta parcial frente al mismo puede hacer más tolerable la TCC y permite que los pacientes participen en la misma.

Antes de iniciar un IRS, la TCC o ambos, es importante la psicoeducación del paciente acerca del TDC. Muchos pacientes aprecian la referencia a libros o a páginas web (9,50). En los pacientes que no aceptan el diagnóstico y el tratamiento (p. ej., los pacientes con TDC delirante) puede ser útil insistir en el hecho de que el tratamiento posiblemente va a disminuir su sufrimiento y va a mejorar su actividad en áreas importantes de su vida.

La investigación sobre la psicoterapia con orientación de percepción y sobre la psicoterapia de apoyo es extremadamente limitada pero sugiere que los síntomas del TDC, sobre todo los síntomas más graves, no suelen mejorar de manera significativa cuando sólo se utilizan estos tratamientos (2). Sin embargo, estas formas de psicoterapia pueden ser útiles frente a otros problemas que puede presentar el paciente y pueden constituir un complemento útil a la TCC, el IRS o ambos.

La mayor parte de los pacientes con TDC busca y recibe tratamientos quirúrgicos o no psiquiátricos (p. ej., dermatológicos). Algunos de ellos, en un estado de desesperación, incluso se realizan a sí mismos intervenciones como el depilado facial con una grapadora industrial o la sustitución de su cartílago nasal por cartílago de pollo con la forma deseada (9,51). A pesar de la inexistencia de estudios con diseño prospectivo, estos tratamientos parecen ser ineficaces en términos generales. En el estudio de mayor envergadura efectuado hasta el momento (n =

250 adultos procedentes de un contexto psiquiátrico), sólo el 7 % de todos los tratamientos no psiquiátricos dio lugar a una mejoría tanto en lo relativo a la preocupación por la zona corporal tratada como en el TDC en términos generales (52). No se han realizado en contextos extrapsiquiátricos estudios terapéuticos de evolución sistemática en pacientes diagnosticados claramente como TDC, pero las observaciones efectuadas en la literatura dermatológica y quirúrgica indican generalmente que los resultados obtenidos con estos tratamientos suelen ser malos (53,54). Algunos pacientes que no quedan satisfechos cometen suicidio o actúan de manera violenta contra su médico (1).

CONCLUSIONES

El TDC es un trastorno psiquiátrico grave y relativamente frecuente que se puede observar en pacientes de todo el mundo. Sin embargo, su diagnóstico es a menudo pasado por alto en el contexto clínico. El establecimiento del diagnóstico del TDC es importante debido a que este trastorno da lugar a un deterioro significativo de la actividad en áreas importantes y se asocia a una escasa calidad de vida. Actualmente, los IRS y la TCC son considerados los tratamientos de elección. Sin embargo, son necesarios estudios sobre todos los aspectos del TDC, en especial sobre su tratamiento, su epidemiología (en los que la sintomatología del TDC sea específicamente evaluada y diferenciada de la de otros trastornos como la hipocondría y el TOC), sus características interculturales y la incapacidad asociada al mismo, así como su coste económico y su carga social. También son necesarios estudios de investigación para determinar si el TDC puede estar relacionado de manera más estrecha con la fobia social, el TOC o la depresión que con la mayor parte de los trastornos somatomorfos junto a los cuales es clasificado. La investigación sobre la patogenia del TDC, incluyendo sus características neurobiológicas subyacentes, acaba de comenzar; en última instancia, esta investigación puede dar lugar a la introducción de tratamientos más efectivos y de medidas de prevención para este trastorno mental grave.

World Psychiatry 2004; 1: 12-17

Bibliografía

- Phillips KA. Body dysmorphic disorder: the distress of imagined ugliness. *Am J Psychiatry* 1991;148:1138-49.
- Phillips KA, McElroy SL, Keck PE Jr et al. Body dysmorphic disorder: 30 cases of imagined ugliness. *Am J Psychiatry* 1993;150:302-8.
- Morselli E. Sulla dismorfofobia e sulla tafefobia: due forme non per anco descritte di Pazzia con idee fisse. *Boll R Accad Genova* 1891;6:110-9.
- Kraepelin E. *Psychiatrie*, 8th ed. Leipzig: Barth, 1909-1915.
- Janet P. *Les obsessions et la psychasthenie*. Paris: Felix Alcan, 1903.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4th ed. Washington: American Psychiatric Association, 1994.
- Phillips KA, McElroy SL, Keck PE Jr et al. A comparison of delusional and nondelusional body dysmorphic disorder in 100 cases. *Psychopharmacol Bull* 1994;30:179-86.
- World Health Organization. *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders*. Geneva: World Health Organization, 1992.
- Phillips KA. *The broken mirror: understanding and treating body dysmorphic disorder*. New York: Oxford University Press, 1996 (revised and expanded edition, in press).
- Phillips KA. Body dysmorphic disorder. In: Phillips KA (ed). *Somatoform and factitious disorders*. Washington: American Psychiatric Publishing, 2001.
- Hollander E, Cohen LJ, Simeon D. Body dysmorphic disorder. *Psychiatr Ann* 1993;23:359-64.
- Veale D, Boocock A, Gournay K et al. Body dysmorphic disorder: a survey of fifty cases. *Br J Psychiatry* 1996;169:196-201.
- Perugi G, Giannotti D, Frare F et al. Prevalence, phenomenology, and comorbidity of body dysmorphic disorder (dysmorphophobia) in a clinical population. *Int J Psychiatry Clin Pract* 1997;1:77-82.
- Phillips KA, Castle DJ. Body dysmorphic disorder. In: Castle DJ, Phillips KA (eds). *Disorders of body image*. Hampshire: Wrightson Biomedical, 2002:101-20.
- Phillips KA, Diaz S. Gender differences in body dysmorphic disorder. *J Nerv Ment Dis* 1997;185:570-7.
- Rosen JC, Reiter J, Orosan P. Cognitive-behavioral body image therapy for body dysmorphic disorder. *J Consult Clin Psychol* 1995;63:263-9.
- Perugi G, Akiskal HS, Giannotti D et al. Gender-related differences in body dysmorphic disorder (dysmorphophobia). *J Nerv Ment Dis* 1997;185:578-82.
- Albertini RS, Phillips KA. 33 cases of body dysmorphic disorder in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999;38:453-9.
- Gunstad J, Phillips KA. Axis I comorbidity in body dysmorphic disorder. *Compr Psychiatry* 2003;44:270-6.
- Cotterill JA, Cunliffe WJ. Suicide in dermatological patients. *Br J Dermatol* 1997;137:246-50.
- DeMarco LM, Li LC, Phillips KA et al. Perceived stress in body dysmorphic disorder. *J Nerv Ment Dis* 1998;186:724-6.
- Phillips KA. Quality of life for patients with body dysmorphic disorder. *J Nerv Ment Dis* 2000;188:170-5.
- Korkina MB. The syndrome of dysmorphomania (dysmorphophobia) and the development of psychopathic personality. *Zh Nevropatol Psikhiatr* 1965;65:1212-7.
- Ung EK, Fones CSL, Ang AWK. Muscle dysmorphia in a young Chinese male. *Ann Acad Med Singapore* 2000;29:135-7.
- Turkson SNA, Asamoah V. Body dysmorphic disorder in a Ghanaian male: case report. *East Afr Med J* 1999;76:111-4.
- Yamada M, Kobashi K, Shigemoto T et al. On dysmorphophobia. *Bull Yamaguchi Med School* 1978;25:47-54.
- Fontenelle LF, Mendlowicz MV, Mussi TC et al. The man with the purple nostrils: a case of rhinotrillotillomania secondary to body dysmorphic disorder. *Acta Psychiatr Scand* 2002;106:464-6.
- Bohne A, Keuthen NJ, Wilhelm S et al. Prevalence of symptoms of body dysmorphic disorder and its correlates: a cross-cultural comparison. *Psychosomatics* 2002;43:486-90.
- Chowdhury AN. The definition and classification of koro. *Cult Med Psychiatry* 1996;20:41-65.
- Grant JE, Won Kim S, Crow SJ. Prevalence and clinical features of body dysmorphic disorder in adolescent and adult psychiatric inpatients. *J Clin Psychiatry* 2001;62:517-22.
- Phillips KA, Nierenberg AA, Brendel G et al. Prevalence and clinical features of body dysmorphic disorder in atypical major depression. *J Nerv Ment Dis* 1996;184:125-9.
- Perugi G, Akiskal HS, Lattanzi L et al. The high prevalence of "soft" bipolar (II) features in atypical depression. *Compr Psychiatry* 1998;39:63-71.
- Zimmerman M, Mattia JI. Body dysmorphic disorder in psychiatric outpatients: recognition, prevalence, comorbidity, demographic, and clinical correlates. *Compr Psychiatry* 1998;39:265-70.

34. Phillips KA. Pharmacologic treatment of body dysmorphic disorder: review of the evidence and a recommended treatment approach. *CNS Spectrums* 2002;7:453-60.
35. Neziroglu F, Khemiani-Patel S. A review of cognitive and behavioral treatment for body dysmorphic disorder. *CNS Spectrums* 2002;7:464-71.
36. Hollander E, Liebowitz MR, Winchel R et al. Treatment of body-dysmorphic disorder with serotonin reuptake blockers. *Am J Psychiatry* 1989;146:768-70.
37. Hollander E, Cohen L, Simeon D et al. Fluvoxamine treatment of body dysmorphic disorder. *J Clin Psychopharmacol* 1994;14:75-7.
38. Perugi G, Giannotti D, Di Vaio S et al. Fluvoxamine in the treatment of body dysmorphic disorder (dysmorphophobia). *Int Clin Psychopharmacol* 1996;11:247-54.
39. Phillips KA, Dwight MM, McElroy SL. Efficacy and safety of fluvoxamine in body dysmorphic disorder. *J Clin Psychiatry* 1998;59:165-71.
40. Phillips KA, Najjar F. An open-label study of citalopram in body dysmorphic disorder. *J Clin Psychiatry* 2003;64:715-20.
41. Hollander E, Allen A, Kwon J et al. Clomipramine vs desipramine crossover trial in body dysmorphic disorder: selective efficacy of a serotonin reuptake inhibitor in imagined ugliness. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56:1033-9.
42. Phillips KA, Albertini RS, Rasmussen SA. A randomized placebo-controlled trial of fluoxetine in body dysmorphic disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2002;59:381-8.
43. Phillips KA, Albertini RS, Siniscalchi JM et al. Effectiveness of pharmacotherapy for body dysmorphic disorder: a chart-review study. *J Clin Psychiatry* 2001;62:721-7.
44. Marks I, Mishan J. Dysmorphophobic avoidance with disturbed bodily perception: a pilot study of exposure therapy. *Br J Psychiatry* 1988;152:674-8.
45. Cromarty P, Marks I. Does rational role-play enhance the outcome of exposure therapy in dysmorphophobia? A case study. *Br J Psychiatry* 1995;167:399-402.
46. Neziroglu F, McKay D, Todaro J et al. Effect of cognitive behavior therapy on persons with body dysmorphic disorder and comorbid axis II diagnoses. *Behav Ther* 1996;27:67-77.
47. Wilhelm S, Otto MW, Lohr B et al. Cognitive behavior group therapy for body dysmorphic disorder: a case series. *Behav Res Ther* 1999;37:71-5.
48. McKay D. Two-year follow-up of behavioral treatment and maintenance for body dysmorphic disorder. *Behav Modif* 1999;23:620-9.
49. Veale D, Gournay K, Dryden W et al. Body dysmorphic disorder: a cognitive behavioral model and pilot randomized controlled trial. *Behav Res Ther* 1996;34:717-29.
50. <http://www.BodyImageProgram.com>
51. Veale D. Outcome of cosmetic surgery and DIY surgery in patients with body dysmorphic disorder. *Psychiatr Bull* 2000;24:218-21.
52. Phillips KA, Grant J, Siniscalchi J et al. Surgical and nonpsychiatric medical treatment of patients with body dysmorphic disorder. *Psychosomatics* 2001;42:504-10.
53. Cotterill JA. Body dysmorphic disorder. *Psychodermatology* 1996;14:457-63.
54. Fukuda O. Statistical analysis of dysmorphophobia in out-patient clinic. *Jap J Plast Reconstruct Surg* 1977;20:569-77.

Comorbilidad psiquiátrica: ¿más es menos?

HAROLD ALAN PINCUS^{1,3}, JAMES D. TEW, JR.¹, MICHAEL B. FIRST²

¹Department of Psychiatry, University of Pittsburgh School of Medicine, Pittsburgh, PA, USA

²Department of Psychiatry, Columbia University, New York, NY, USA

³RAND - University of Pittsburgh Health Initiative, Pittsburgh, PA, USA

Con cada revisión sucesiva del DSM y de la CIE, la comorbilidad psiquiátrica se ha hecho cada vez más prevalente. Los abordajes «ateóricos» del DSM y de la CIE animan de manera explícita al establecimiento de diagnósticos múltiples con pocas jerarquías de exclusión, en la esperanza de obtener toda la información clínicamente relevante. Sin embargo, la estrategia actual de diagnosticar la comorbilidad «máxima» puede no reflejar la comorbilidad «óptima». Muchos clínicos y sistemas de información sanitaria, sobre todo en los países en vías de desarrollo, tienen una capacidad limitada para obtener esta información diagnóstica y no pueden caracterizar los diagnósticos adicionales que están realmente presentes. En este artículo se revisa la evolución de nuestro sistema diagnóstico actual para entender el problema de los diagnósticos de comorbilidad en psiquiatría. También se consideran los abordajes diagnósticos alternativos (un sistema dimensional, las jerarquías diagnósticas y las categorías diagnósticas mixtas) que se podrían utilizar para abordar el problema de los diagnósticos psiquiátricos asociados. Además, se exponen los retos futuros que plantea el paso siguiente en la evolución del DSM y de la CIE.

Palabras clave: diagnóstico psiquiátrico, comorbilidad

Desde la revisión del DSM-III ha tenido lugar aparentemente un aumento significativo en la prevalencia de los diagnósticos psiquiátricos asociados o diagnósticos de comorbilidad. En la literatura se ha prestado mucha atención a la asociación entre trastornos del estado de ánimo y trastornos de ansiedad, entre psicosis y trastornos relacionados con el consumo de sustancias, y entre los distintos diagnósticos del Eje II, por señalar sólo algunos ejemplos de comorbilidad.

En este artículo se va a revisar la evolución de nuestro sistema diagnóstico actual para entender el problema de los diagnósticos psiquiátricos de comorbilidad. Mediante el uso de ejemplos clínicos, se van a explorar varias estrategias alternativas para reducir la comorbilidad psiquiátrica que se podrían aplicar en sustitución de la estrategia actual, y también se van a considerar los puntos fuertes y débiles de cada una de estas estrategias.

Ciertamente, el concepto de comorbilidad no es exclusivo de la psiquiatría. Feinstein (1) acuñó el término de comorbilidad y lo definió como «cualquier entidad clínica adicional bien diferenciada que existía previamente o que puede aparecer en el curso de la evolución clínica de un paciente que sufre la enfermedad principal estudiada». Un ejemplo sencillo es el de un paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica y diabetes mellitus.

En psiquiatría, cuando aparecen simultáneamente síntomas diferentes como ansiedad y depresión, la posibilidad de que esta asociación indique la presencia de dos entidades clínicas diferentes o bien señale la existencia de una sola enfermedad con dos componentes es básicamente objeto de especulación dada la escasez de nuestros conocimientos acerca de la etiología y la interrelación fisiopatológica de las enfer-

medades mentales. Por ejemplo, el paciente que sufre bulimia y que también muestra abuso del alcohol ¿padece realmente dos enfermedades mentales bien definidas (lo que podríamos denominar «comorbilidad verdadera», según lo definido por Feinstein), o bien son estos dos trastornos manifestaciones de un proceso patológico primario del control de los impulsos?

Debido a esta falta de conocimiento, los sistemas diagnósticos de uso en la actualidad (DSM-IV y CIE-10) son genéricos y descriptivos, y contienen un número relativamente escaso de jerarquías de exclusión (por lo cual se asume que uno de los trastornos es el responsable del otro y que, por tanto, sustituye al diagnóstico del mismo).

En el DSM-IV se aplica la estrategia básica de que, dada la ignorancia acerca de la naturaleza subyacente de los trastornos psiquiátricos, los clínicos deben transmitir la cantidad máxima posible de información descriptiva. Según el DSM-IV, un paciente alcohólico que sufre episodios graves y recurrentes de depresión, bulimia y crisis de angustia debe recibir cuatro diagnósticos diferentes del Eje I (en vez de recibir un diagnóstico único y genérico como «trastorno neurótico grave» que podría incorporar todos estos síntomas). En el caso citado, el establecimiento de cuatro diagnósticos distintos podría subrayar la necesidad de abordaje de cada uno de estos problemas en el plan terapéutico. Esta necesidad podría quedar oscurecida si se efectuara un único diagnóstico de carácter menos descriptivo.

En el mejor de los casos, nuestro sistema diagnóstico actual tiene el potencial de comunicar grandes cantidades de información clínica detallada relativa a pacientes con problemas complejos, lo que

permite la aplicación de tratamientos dirigidos y la definición más precisa de los grupos de pacientes. En el peor de los casos, nuestro sistema diagnóstico actual puede abrumar tanto a los clínicos como a los sistemas de información sanitaria oscureciendo el objetivo terapéutico debido a que «el bosque nos impide ver los árboles».

CONTEXTO HISTÓRICO

Con cada revisión sucesiva desde el DSM-I hasta el DSM-IV, la comorbilidad psiquiátrica ha tenido una prevalencia cada vez mayor. La razón es el diseño del sistema diagnóstico en sí mismo: el DSM-IV es un sistema descriptivo y categórico que desmenuza los comportamientos y síntomas psiquiátricos en numerosos diagnósticos diferentes y que utiliza pocas jerarquías de exclusión para evitar los diagnósticos múltiples.

La versión original del DSM era un sistema descriptivo que incorporaba muchos de los conceptos y de los aspectos estructurales de las clasificaciones de los trastornos mentales propuestas por Emil Kraepelin. En comparación con las revisiones posteriores, el DSM-I y el DSM-II seguían el modelo de «una enfermedad-un diagnóstico» en el que el clínico se esforzaba en asignar un diagnóstico único y genérico mediante el uso de términos calificativos (como «con reacción neurótica» o «con reacción psicótica») para describir los casos más complejos.

A cualquiera de los diagnósticos principales se podían aplicar términos calificativos de otras categorías con objeto de «agrupar» los síntomas en un número menor de categorías más genéricas. Por ejemplo, se podía utilizar el término de «reacción esquizofrénica, de tipo desorganizado o he-

befrénico, con reacción neurótica» para describir a un paciente en el que se había establecido el diagnóstico principal de esquizofrenia y que también presentaba una sintomatología depresiva clínicamente significativa. En otro ejemplo tomado del DSM-I, en un paciente con diversos tipos de síntomas de ansiedad se podía establecer un diagnóstico único de «reacción fóbica manifestada mediante claustrofobia, con sintomatología obsesivo-compulsiva, movimientos de recuento y pensamientos recurrentes».

Sin embargo, en el DSM-III se adoptó el enfoque de dividir el pastel diagnóstico en rebanadas finas añadiendo un número elevado de diagnósticos psiquiátricos estrechamente definidos y aportando criterios diagnósticos operativos en cada uno de ellos. Por ejemplo, el DSM-III divide en cinco tipos la categoría de «neurosis fóbica» recogida en el DSM-II: agorafobia con angustia, agorafobia sin angustia, fobia social, fobia específica o simple y trastorno de ansiedad por separación. En esta misma línea, el número de diagnósticos psiquiátricos recogidos en el DSM-IV es casi el doble del existente en el DSM-II.

Dada la posibilidad de una comorbilidad falsa que podría ser debida al aumento en el número global de categorías diagnósticas, en ocasiones se han añadido criterios de exclusión para reducir la comorbilidad en los casos en los que se ha considerado que un cuadro de presentación sintomática con criterios de un trastorno era realmente «debido a» otro trastorno. Por ejemplo, los criterios para la agorafobia indican que este diagnóstico no se debe efectuar cuando el comportamiento de evitación característico de esta forma de fobia se debe realmente a un trastorno obsesivo-compulsivo; por otra parte, tampoco es correcto establecer el diagnóstico de trastorno de angustia si las crisis de angustia se deben realmente a una depresión mayor. No obstante, el uso del término «debido a» en estos criterios de exclusión obligó a los clínicos a determinar si un síntoma era atribuible a un trastorno o a otro, una decisión basada en asunciones de causalidad que no tienen un fundamento empírico. Debido en parte a los estudios realizados por Boyd (2) en los decenios de 1970 y de 1980, se cuestionaron muchas de las asunciones relativas a la relación entre los síntomas de alteración del estado de ánimo y de ansiedad. En las revisiones posteriores del DSM, comenzando con la versión DSM-III-R, se aceptó de manera cada vez más explícita el hecho de que la existencia de jerarquías diagnósticas no estaba fundamentada en datos empíricos, lo que dio lugar a la eliminación de muchos (aunque no todos) criterios de exclusión.

El resultado último de esta combinación de segmentación diagnóstica generalizada y de uso escaso de las jerarquías diagnósticas es el hecho de que muchos pacientes cumplen los criterios de diagnósticos múltiples. En un estudio realizado sobre 500 pacientes atendidos en una clínica psiquiátrica general, Zimmerman y Mattia (3) determinaron mediante la realización de entrevistas clínicas semiestructuradas que más de la tercera parte de los pacientes cumplía criterios de tres o más diagnósticos del Eje I.

De hecho, en el DSM-IV se fomenta de manera explícita la determinación de la comorbilidad psiquiátrica. En la sección «Uso del manual» del DSM-IV se señala que «el convenio general en el DSM-IV es el de facilitar la asignación de múltiples diagnósticos a los pacientes que cumplen los criterios de más de un trastorno contemplado en el DSM-IV». La estrategia es la de estimular al clínico a que obtenga la mayor cantidad posible de información diagnóstica como forma de definir la complejidad de las distintas clasificaciones clínicas.

Por desgracia, muchos clínicos y muchos sistemas de información sanitaria poseen una capacidad limitada para obtener realmente esta información diagnóstica y, por ello, no tienen en cuenta diagnósticos adicionales que presenta el paciente (4). Además, la documentación de cinco o seis diagnósticos en la historia clínica del paciente puede oscurecer el objetivo real del tratamiento. En muchos sistemas de información sanitaria, especialmente los que se utilizan en los países en vías de desarrollo, sólo se permite la codificación de un diagnóstico único y el resultado es que son ignorados los diagnósticos de comorbilidad. El análisis de los datos diagnósticos obtenidos a partir de estos sistemas puede dar lugar a suposiciones erróneas (p. ej., acerca del uso de los tratamientos). Por ejemplo, consideremos a tres pacientes en los que se ha establecido un diagnóstico principal de trastorno depresivo mayor grave y recurrente, cada uno de ellos con diagnósticos de comorbilidad diferentes (p. ej., trastorno obsesivo-compulsivo; dependencia del alcohol; trastorno de la identidad sexual). Un sistema de información que permita únicamente el registro de la depresión mayor hace que estos tres pacientes muestren homogeneidad diagnóstica cuando, de hecho, sus distintos diagnósticos de comorbilidad indican lo contrario.

EVALUACIÓN DEL DSM

Debido a que los criterios diagnósticos de la CIE-10 para la investigación se fun-

damentan básicamente en el sistema DSM-III-R, con unas pocas excepciones importantes (p. ej., la inclusión de varias categorías diagnósticas mixtas como el trastorno de comportamiento hiperactivo), la CIE-10 mantiene las mismas asunciones que el DSM en lo relativo a la comorbilidad psiquiátrica.

El abordaje del DSM-IV/CIE-10 respecto a la comorbilidad diagnóstica tiene varias ventajas desde una perspectiva de utilidad clínica. Permite maximizar la comunicación de información diagnóstica y ayuda a garantizar que se tienen en cuenta todos los aspectos clínicamente importantes del cuadro que sufre el paciente. Por ejemplo, si un paciente presenta síntomas que cumplen los criterios del «trastorno depresivo mayor, recurrente, moderado», podemos considerar distintas formas de intervención específicas y basadas en la evidencia, como la administración de un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS) quizá en combinación con psicoterapia individual o de grupo. El especificador «moderado» sugiere que el cuadro no es tan grave como para justificar la hospitalización del paciente. Si el paciente muestra también síntomas que cumplen los criterios del trastorno de angustia, podemos considerar la administración de un ciclo breve de tratamiento con una benzodiazepina hasta que tiene efecto el ISRS. Por otra parte, si el patrón de consumo de sustancias que presenta el paciente cumple también los criterios de abuso o dependencia del alcohol, podemos considerar la administración de benzodiazepinas para el tratamiento de su ansiedad y también vamos a determinar qué parte de la depresión del paciente se debe a su alcoholismo. En última instancia, si la evaluación clínica revela que el patrón de relación con los demás que ha presentado el paciente a lo largo de toda su vida es característico de un trastorno límite de la personalidad, este dato puede ayudar al clínico a establecer con mayor precisión el pronóstico a largo plazo, la cronicidad de la sintomatología o la psicoterapia específica más adecuada (como el tratamiento dialéctico conductual).

Este ejemplo clínico demuestra cómo cada uno de los aspectos de la formulación diagnóstica (reflejada en su inclusión en la lista de diagnósticos de comorbilidad) puede proporcionar teóricamente una visión más completa de la complejidad del cuadro clínico del paciente, con la posibilidad de que se puedan efectuar una planificación terapéutica y un pronóstico más adecuados.

Sin embargo, hay datos que indican que en la práctica clínica no se está con-

siderando de manera suficiente esta complejidad diagnóstica. Zimmerman y Mattia (4) han resumido los resultados obtenidos en varios estudios efectuados en Estados Unidos en los que se demuestra que los clínicos detectan sistemáticamente de manera insuficiente la comorbilidad psiquiátrica, en comparación con la evaluación efectuada mediante entrevistas diagnósticas estructuradas. En uno de estos estudios se observó que al utilizar entrevistas semiestructuradas se realizó un número cinco veces mayor de diagnósticos de comorbilidad, en comparación con la evaluación efectuada por el clínico como abordaje diagnóstico único (5). Las razones de esta discrepancia son posiblemente complejas y multifactoriales. Muchos investigadores han señalado que, debido a la disminución de los presupuestos económicos y debido también al flujo cada vez más rápido de pacientes, los psiquiatras no tienen el tiempo suficiente para efectuar una evaluación diagnóstica completa. Es destacable el hecho de que en el estudio de Basco la información adicional aportada por las entrevistas semiestructuradas dio lugar a un cambio de tratamiento en aproximadamente la mitad de los pacientes tras un seguimiento de 1 mes. Este dato sugiere que los diagnósticos de comorbilidad tuvieron la relevancia clínica suficiente como para justificar el cambio del plan terapéutico.

Aunque parece evidente que la información diagnóstica más completa vaya a dar lugar a la obtención de resultados mejores en el paciente, no se han efectuado estudios en los que se haya evaluado esta cuestión. Es probable que en su práctica clínica los psiquiatras simplemente prefieran no establecer ciertos diagnósticos debido a que consideran que no constituyen un objetivo clínicamente relevante del tratamiento. Por ejemplo, en el Epidemiological Catchment Area Study, en el que se utilizó una entrevista estructurada para la evaluación diagnóstica, se observó que la fobia específica es el trastorno psiquiátrico que se observa con mayor frecuencia en la población general estadounidense (6). A pesar de que el uso de entrevistas diagnósticas estructuradas podría incrementar la detección de los cuadros de fobia específica como diagnóstico de comorbilidad en los pacientes, esta información adicional no va a tener posiblemente relevancia clínica debido a que generalmente no es la razón por la que los pacientes acuden al psiquiatra (4).

Por desgracia, debido a la limitación de nuestros conocimientos acerca de la interrelación de los trastornos mentales y

de la forma con la que influyen entre sí en cuanto a su incidencia, tratamiento y pronóstico, hay pocos datos fiables que ayuden al clínico a establecer prioridades en los diagnósticos múltiples de comorbilidad, dejando aparte la aplicación de su propio juicio clínico. Por ejemplo, en el DSM-IV se recoge la frase siguiente: «Cuando (tal como suele ocurrir) el patrón de conducta del paciente cumple los criterios de más de un trastorno de la personalidad, el clínico debe hacer una lista con todos los diagnósticos relevantes del trastorno de la personalidad en orden de importancia». Sin embargo, ¿dónde están los datos que ayudan al clínico a determinar cuáles son los diagnósticos relevantes o cuáles son los más importantes? Sin estos datos, los clínicos deben establecer prioridades en los diagnósticos de cada paciente utilizando su propio juicio clínico. En efecto, los clínicos aplican sus propias reglas jerárquicas (potencialmente idiosincrásicas), lo que da lugar a una posible pérdida de fiabilidad y validez diagnósticas.

EJEMPLO CLÍNICO: TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

Un ejemplo destacado de cómo la consideración de una comorbilidad excesiva en el DSM-IV puede dar lugar a una falta de satisfacción generalizada entre los clínicos es el referido a los trastornos de la personalidad (7,8). Mediante el uso de un diagnóstico de trastorno de la personalidad como diagnóstico principal, vamos a describir tres enfoques alternativos para abordar el problema de la comorbilidad.

En el DSM se describen 10 trastornos diferentes de la personalidad, sin que se proponga un sistema jerárquico para disminuir la comorbilidad. Según este sistema, cuando el patrón de comportamiento de un paciente cumple criterios de más de un trastorno de la personalidad se deben registrar todos los diagnósticos en orden de importancia clínica. Widiger (8) ha señalado que en ciertos pacientes psiquiátricos hospitalizados se cumplen los criterios diagnósticos de tres a cinco trastornos de la personalidad, y en algunos casos de hasta siete de estos trastornos. A través de los datos acumulados obtenidos en 1.116 pacientes hospitalizados atendidos de manera ambulatoria en múltiples centros, Stuart y cols. (9) observaron que entre los pacientes que cumplían los criterios de al menos un trastorno de la personalidad el número medio de diagnósticos de trastorno de la personalidad fue de 2,7 (casi el 10 % de los pacientes

presentaba criterios de cuatro o más diagnósticos de trastorno de la personalidad). En un estudio en el que se aplicaron dos entrevistas semiestructuradas distintas a 100 pacientes hospitalizados de manera prolongada, el porcentaje de los mismos que presentó sólo un diagnóstico de trastorno de la personalidad fue inferior al 15 % (10).

A pesar de ello, los clínicos tienden a establecer el número menor posible de diagnósticos de trastorno de la personalidad, incluso en pacientes con criterios suficientes para dos o más diagnósticos específicos de este tipo. En un estudio en el que los psiquiatras evaluaron las historias clínicas de 46 pacientes que cumplían criterios de cuatro trastornos de la personalidad (p. ej.: límite, narcisista, histriónico y antisocial), las dos terceras partes de estos clínicos sólo estableció un diagnóstico, la cuarta parte realizó dos diagnósticos y ninguno de los psiquiatras consideró los cuatro diagnósticos (11).

Enfoque dimensional

Un enfoque alternativo al método categórico del DSM-IV/CIE-10 para el diagnóstico de los trastornos de la personalidad es la adopción de un modelo dimensional que representa la psicopatología del paciente como puntos en una serie de dimensiones básicas de psicopatología. El modelo de los cinco factores (FFM, del inglés five factor model) de la personalidad es un sistema dimensional validado externamente que ha sido propuesto como alternativa al sistema categórico del DSM-IV (12,13). En vez de aplicar criterios diferentes para diferenciar la presencia y la ausencia de una serie de diagnósticos de trastorno de la personalidad, los clínicos que utilizan el FFM clasifican a los pacientes en cinco dimensiones principales: neuroticismo, extroversión, recepción a la experiencia, simpatía y escrupulosidad. En cada dimensión hay seis aspectos en los que todo paciente puede ser clasificado desde un nivel «muy intenso» hasta un nivel «bajo». Mediante el modelo dimensional, el sistema FFM puede caracterizar a los pacientes mediante un enfoque complejo sin necesidad de aplicar etiquetas diagnósticas múltiples que impliquen la existencia de trastornos distintos, cada uno de ellos con sus características propias de etiología, fisiopatología y evolución clínica.

Por ejemplo, un paciente en el que el sistema DSM-IV indica la existencia de trastorno límite de la personalidad, anti-

social y narcisista podría ser diagnosticado como con un nivel elevado de «neuroticismo» (con las correspondientes subescalas que reflejan la propensión a la rabia, la irritabilidad, la tolerancia frente al estrés, etc.), con un nivel bajo de «simpatía» (antagonismo) y con un nivel alto de «recepción a la experiencia» (estados de ánimo exagerados, preocupación con fantasía). A diferencia del sistema categórico DSM-IV que asignaría tres diagnósticos de trastorno de la personalidad a este paciente, el método FFM evita estas formas de comorbilidad proporcionando en vez de ello un perfil indicativo del lugar que ocupa el paciente en el espectro continuo de las dimensiones del FFM.

Además, al contrario de lo que ocurre con el enfoque categórico DSM, que puede adolecer de una fiabilidad diagnóstica escasa, sobre todo en los casos en los que el recuento de los elementos de trastorno de la personalidad del paciente sobrepasa los límites existentes entre lo que se considera un caso de este trastorno y lo que se considera un caso de otro trastorno (p. ej., 4-5 de 9 en lo relativo al trastorno límite de la personalidad), posiblemente sea más fiable la definición de la personalidad mediante el uso del FFM. Sin embargo, la ausencia de categorías discretas no lleva por sí misma al estudio de grupos clínicos (ostensiblemente) diferentes y tampoco proporciona una respuesta directa a la pregunta «¿Presenta este paciente un trastorno de la personalidad? La obtención de una respuesta categórica a esta pregunta es importante tanto para la planificación del tratamiento (que a menudo requiere un juicio categórico acerca de tratar o no tratar al paciente) como para la solución de aspectos prácticos como la determinación de si el paciente cumple criterios para conseguir la baja por incapacidad. Además, la mayor parte de los sistemas de información sanitaria (p. ej., los utilizados para la información clínica o la información relativa a pólizas de seguro) no dispone de los medios necesarios para incorporar enfoques dimensionales.

Jerarquías diagnósticas

Otra estrategia diagnóstica que podría reducir la comorbilidad, y que ya se ha comentado en este artículo, es el uso de jerarquías diagnósticas adicionales. Por ejemplo, consideremos la situación en la que los síntomas de un paciente cumplen los criterios del trastorno A y del trastorno B. En el DSM-IV, en este paciente se establecerían ambos diagnósticos, A y B. Sin embargo, si el trastorno B contiene un

criterio de exclusión que indica que no es posible establecer su diagnóstico si existen también los criterios del trastorno A, entonces sólo se podría diagnosticar el trastorno A. Las jerarquías de exclusión están fundamentadas en el concepto de que un trastorno principal tiene prioridad sobre uno o más diagnósticos subordinados. El fundamento de ello es que los síntomas del diagnóstico subordinado son características asociadas del trastorno principal y, por tanto, no justifican el establecimiento de un diagnóstico psiquiátrico adicional.

Por ejemplo, un paciente que ha sufrido alucinaciones auditivas durante 6 meses en combinación con delirio de persecución y en ausencia de sintomatología relativa al estado de ánimo es clasificado con el diagnóstico de esquizofrenia. El periodo de 6 meses de *delirium* sin signos atípicos también es congruente con el patrón de *delirium*. Sin embargo, el uso de una jerarquía diagnóstica en la que la esquizofrenia tiene prioridad sobre el diagnóstico de *delirium* impide el establecimiento del diagnóstico de comorbilidad de este último. Aunque esta jerarquía no ha sido discutida, algunos investigadores la han criticado sobre todo respecto a la relación existente entre los trastornos del estado de ánimo y la ansiedad. Dada la falta de satisfacción con el número excesivo de diagnósticos de comorbilidad referidos a los trastornos de la personalidad al utilizar el DSM, algunos autores han recomendado que diversos diagnósticos del Eje II, como el trastorno límite de la personalidad, tengan prioridad sobre otros diagnósticos subordinados como el trastorno de la personalidad por dependencia o el histriónico (14).

El problema que conlleva la imposición de jerarquías diagnósticas es que éstas implican un cierto conocimiento de la atribución de síntomas que no encaja con el enfoque descriptivo que representa la piedra angular del DSM. Incluso algunas de las jerarquías restantes, como la exclusión del trastorno de ansiedad generalizada en el contexto de un trastorno depresivo mayor, también han sido sometidas a crítica (15). Aunque la ampliación del número de jerarquías diagnósticas en el DSM para eliminar todos (o virtualmente todos) los diagnósticos asociados reduciría ciertamente la comorbilidad, este enfoque sólo sería válido si conociéramos las causas de las enfermedades mentales. Además, una disminución tan radical como ésta en el número de diagnósticos conlleva el riesgo de pérdida de información clínicamente relevante en los casos más complejos.

Categorías diagnósticas mixtas

Otra estrategia que se ha utilizado para abordar el problema de la comorbilidad ha sido el desarrollo de categorías diagnósticas «mixtas» que agrupan a aquellas categorías que están separadas en el DSM. En varios estudios de investigación se ha intentado identificar los casos en los que la existencia de trastornos aparentemente simultáneos (según nuestra estrategia diagnóstica actual) puede reflejar realmente una entidad diagnóstica bien diferenciada con su propia patogenia, estrategia terapéutica y pronóstico (16,17). Por ejemplo, Taylor y cols. (18) evaluaron los datos obtenidos en niños remitidos a un hospital debido a su comportamiento perturbador o antisocial. Estos investigadores observaron que un subgrupo de niños que podría haber sido diagnosticado de síndrome hiperactivo y de trastorno del comportamiento (según los criterios de la CIE-9) presentaba realmente diferencias en cuanto al inicio de los síntomas, el cociente intelectual (CI), la exploración neurológica y la respuesta a la medicación, en comparación con los pacientes restantes. Utilizaron estos datos para proponer un nuevo diagnóstico de «trastorno de comportamiento hiperactivo» que se podría añadir a las categorías ya existentes de trastorno del comportamiento y de trastorno hiperactivo. Otro ejemplo es la sugerencia para combinar el trastorno depresivo mayor y el trastorno de ansiedad generalizada en una categoría única denominada trastorno mixto de ansiedad/depresión (19). Una desventaja de la combinación de categorías bien definidas en categorías combinadas, teniendo en cuenta los síndromes conocidos de asociación de las mismas, es el hecho de que el número posible de combinaciones y permutaciones de las categorías (al menos en un sentido matemático) podría alcanzar fácilmente cifras de varios miles.

Otra forma de combinación de las categorías bien definidas que permite disminuir la comorbilidad diagnóstica es el agrupamiento de las mismas en estructuras de orden superior. Un ejemplo de esta estrategia diagnóstica de «agrupamiento» ya se utiliza en el DSM-IV y consiste en la combinación de los 10 trastornos específicos de la personalidad en tres «grupos» de trastorno de la personalidad según sus supuestas características comunes. Los clínicos incorporan a menudo estos grupos en sus diagnósticos, por ejemplo, como «trastorno de la personalidad no especificado con rasgos del grupo B», y los investigadores han utilizado estas categorías mixtas para definir

los distintos grupos de pacientes en los estudios de la comorbilidad en el Eje I, de la respuesta frente al tratamiento y del pronóstico (20).

La aparición simultánea de trastornos de la personalidad dentro de cada uno de estos grupos es generalmente mayor que la comorbilidad entre los distintos grupos. Por ejemplo, Stuart y cols. (9) evaluaron a 1.116 pacientes atendidos en múltiples centros y observaron que el 73 % de los mismos en los que se había establecido el diagnóstico de trastorno narcisista de la personalidad también cumplía criterios de trastorno histriónico de la personalidad, así como que muchos de ellos cumplían además los criterios de un tercer o un cuarto diagnóstico. Según el sistema de agrupamiento, disminuyen los diagnósticos de comorbilidad de trastornos de la personalidad debido a que en vez de considerar uno, dos o tres trastornos específicos de la personalidad pertenecientes al grupo B, el clínico simplemente establece el diagnóstico de «trastorno de la personalidad del grupo B» con independencia del número de trastornos específicos que presente realmente el paciente. Sin embargo, en la actualidad no hay evidencia suficiente como para justificar el agrupamiento de los trastornos de la personalidad para cualquier objetivo diagnóstico. Además, la introducción generalizada de las categorías mixtas en situaciones en las que son frecuentes ciertas combinaciones de comorbilidad es realmente inmanejable debido al elevado número de categorías de combinación que podrían aparecer.

CONCLUSIONES

Son necesarios nuevos estudios de investigación para determinar la etiología y las interrelaciones de los síndromes psiquiátricos, si queremos conocer el significado clínico pleno de la comorbilidad psiquiátrica. En una publicación de carácter fundamental, Robins y Guze (21) señalaron que es posible mejorar la validez diagnóstica a través de una descripción clínica más precisa, de una definición mejor de los síndromes, de la consideración de las correlaciones demográficas y biológicas, y de la caracterización de los perfiles de la respuesta terapéutica. En este concepto es clave la afirmación de que la evidencia empírica es el pilar básico del diagnóstico psiquiátrico. Sin embargo, más de tres decenios después de esta publicación, nuestros conocimientos acerca de la etiología y la patogenia de la enfermedad mental son todavía muy limitados. A la investigación

que nos va a proporcionar estos conocimientos acerca de la enfermedad mental le queda todavía un recorrido de varios decenios.

En la práctica, la psiquiatría debe abordar las consecuencias de la falta de conocimiento de la fisiopatología en lo relativo al uso de nuestros sistemas diagnósticos actuales. El enfoque «ateórico» del DSM y de la CIE reconoce de manera explícita la existencia de un conocimiento insuficiente y favorece el establecimiento de diagnósticos inútiles con uso escaso de las jerarquías de exclusión, con la esperanza de que se pueda recoger toda la información clínica relevante.

Por desgracia, esta tendencia hace que el sistema actual tenga una complejidad excesiva para alcanzar el objetivo perseguido. Los clínicos y los sistemas de información sanitaria ordenan de manera intrínseca la información otorgando una importancia mayor a algunos aspectos de la misma en relación con otros. Muchos sistemas de información (especialmente los utilizados en los países en vías de desarrollo) carecen de posibilidades para incorporar todos los diagnósticos de comorbilidad. Los clínicos utilizan su propio juicio clínico para establecer prioridades en los diagnósticos, de manera que pueden dejar escapar situaciones de complejidad diagnóstica. Sin embargo, los clínicos carecen protocolos que les ayuden a establecer dichas determinaciones. El resultado es que la aplicación de estos sistemas en la práctica clínica ha dado lugar a un cambio de rumbo desde la congruencia hacia un uso mucho más idiosincrásico. Son necesarios estudios de investigación si queremos que la psiquiatría posea precisión y uniformidad en sus diagnósticos. El objetivo último es el de potenciar la utilidad clínica del DSM y de la CIE para conseguir una mejor definición de los casos, una mayor comunicación de la información y una consideración más precisa del pronóstico (22).

Con otra estrategia para limitar la comorbilidad, las próximas ediciones del DSM y de la CIE podrían añadir la disposición de que en el plan terapéutico actual sólo se tengan en cuenta los síntomas más importantes y los diagnósticos clínicamente relevantes (o bien que sean útiles con respecto al pronóstico, la educación del paciente y el tratamiento). De nuevo, son necesarios estudios de investigación para poder efectuar estas determinaciones de una manera congruente.

En resumen, la estrategia actual de establecer el diagnóstico de la comorbilidad «máxima» puede no dar lugar a la consideración de la comorbilidad «óptima» en

términos de práctica clínica. La estrategia de considerar diagnósticos múltiples puede potenciar la obtención de información clínica importante, pero también puede dificultar este objetivo. El paso siguiente en la evolución del DSM debe equilibrar el sistema actual «basado en normas» con las estrategias diagnósticas que dependen del juicio clínico. Cuando se desarrollen el DSM-V y la CIE-11, se deben evaluar las posibilidades de reducir la comorbilidad mediante el «agrupamiento» de los diagnósticos (p. ej., sustituyendo las ocho parafilias específicas por un único trastorno de parafilia con subtipos para indicar su especificidad, como «parafilia de tipos pedófilo y sádico»), y también se deben formalizar normas que permitan eliminar los diagnósticos que carecen de relevancia clínica. No obstante, a medida que estamos más cerca de enfrentar estas dificultades, vamos a necesitar reglas de decisión específicas basadas en una evaluación sistemática de los datos disponibles porque, en caso contrario, se corre el riesgo de volver a las formulaciones de tipo subjetivo que constituyeron el aspecto básico cuando se desarrolló el DSM-I hace 50 años.

Agradecimiento

Este estudio ha sido sufragado por una ayuda del University of Pittsburgh Mental Health Intervention Research for Mood and Anxiety Disorders (MH-30915) del National Institute of Mental Health.

World Psychiatry 2004; 1: 18-23

Bibliografía

1. Feinstein AR. The pre-therapeutic classification of co-morbidity in chronic disease. *J Chronic Dis* 1970;23:455-68.
2. Boyd JH, Burke JD Jr, Gruenberg E et al. Exclusion criteria of DSM-III: a study of co-occurrence of hierarchy-free syndromes. *Arch Gen Psychiatry* 1984;41:983-9.
3. Zimmerman M, Mattia JI. Psychiatric diagnosis in clinical practice: is comorbidity being missed? *Compr Psychiatry* 1999;40:182-91.
4. Zimmerman M, Mattia JI. Principal and additional DSM-IV disorders for which outpatients seek treatment. *Psychiatr Serv* 2000;51:1299-304.
5. Basco MR, Bostic JQ, Davies D et al. Methods to improve diagnostic accuracy in a community mental health setting. *Am J Psychiatry* 2000;157:1599-605.

6. Regier DA, Burke JD. Jr. Psychiatric disorders in the community: the Epidemiological Catchment Area Study. In: Hales RE, Frances AJ (eds). American Psychiatric Association annual review, Vol. 6. Washington: American Psychiatric Association, 1987:610-24.
7. Maser JD, Kaelber C, Weise RE. International use and attitudes toward DSM-III and DSM-III-R: growing consensus in psychiatric classification. *J Abnorm Psychol* 1991;100:271-9.
8. Widiger TA, Frances AJ, Pincus HA et al (eds). DSM-IV sourcebook, Vol. 4. Washington: American Psychiatric Press, 1998.
9. Stuart S, Pfohl B, Battaglia M et al. The cooccurrence of DSM-III-R personality disorders. *J Personal Disord* 1998;12:302-15.
10. Oldham JM, Skodol AE, Kellman HD et al. Diagnosis of DSM-III-R personality disorders by two structured interviews: patterns of comorbidity. *Am J Psychiatry* 1992;149:213-20.
11. Adler DA, Drake RE, Teague GB. Clinicians' practices in personality assessment: does gender influence the use of DSM-III axis II? *Compr Psychiatry* 1990;31:125-33.
12. O'Connor BP, Dyce JA. A test of models of personality disorder configuration. *J Abnorm Psychol* 1998;107:3-16.
13. Widiger TA, Costa PT. Jr, McCrae RR. A proposal for Axis II: diagnosing personality disorders using the five-factor model. In: Costa PT Jr, Widiger TA (eds). *Personality disorders and the five-factor model of personality* (2nd ed.) Washington: American Psychological Association, 2002:431-56.
14. Gunderson JG. Diagnostic controversies. In Tasman A, Riba MB (eds). *Review of psychiatry*, Vol. 11. Washington: American Psychiatric Press, 1992:9-24.
15. Zimmerman M, Chelminski I. Generalized anxiety disorder in patients with major depression: is DSM-IV's hierarchy correct? *Am J Psychiatry* 2003;160:504-21.
16. Caron C, Rutter M. Comorbidity in child psychopathology: concepts, issues and research strategies. *J Child Psychol Psychiatry All Discipl* 1991;32:1063-80.
17. Rutter M. Comorbidity: concepts, claims and choices. *Criminal Behav Ment Health* 1997;7:265-85.
18. Taylor EA, Schachar R, Thorley G et al. Conduct disorder and hyperactivity: I. Separation of hyperactivity and antisocial conduct in British child psychiatric patients. *Br J Psychiatry* 1986;149:760-7.
19. Tyrer P. The case for cothymia: an open verdict? *Br J Psychiatry* 2002;180:380-1.
20. Gude T, Vaglum P. One-year follow-up of patients with cluster C personality disorders: a prospective study comparing patients with 'pure' and comorbid conditions with cluster C, and 'pure' C with 'pure' cluster A or B conditions. *J Personal Disord* 2001;15:216-28.
21. Robins E, Guze SB. Establishment of diagnostic validity in psychiatric illness: its application to schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1970;126:983-6.
22. First MB, Pincus HA, Levine JB et al. Using clinical utility as a criterion for revising psychiatric diagnoses. *Am J Psychiatry* (in press).

Trastorno no es lo mismo que enfermedad

JOHN COOPER

Meadow Cottage, 25 Ireton Grove, Attenborough, Nottingham NG9 6BJ, UK

Pincus y cols. han señalado correctamente que lo que se denomina a menudo «el problema de la comorbilidad» es inevitable debido a que es simplemente algo inherente a la psiquiatría clínica. Estos investigadores realizan una discusión útil de esta cuestión aunque el solo uso del término convencional «comorbilidad» sirve para ocultar la naturaleza real del problema. La razón es que «comorbilidad» significa enfermedad y sufrir una enfermedad es conceptualmente muy diferente de sufrir un trastorno. Para ser estrictos, en el contexto psiquiátrico es mejor evitar los términos «diagnóstico» y «enfermedad» a menos que estén completamente justificados. Los psiquiatras clínicos establecen muy pocos diagnósticos en el sentido de identificar las alteraciones que subyacen a los síntomas de presentación. En vez de ello, en la mayor parte de los pacientes deben identificar la presencia de trastornos mediante la evaluación del número y la gravedad de los síntomas individuales que no tienen carácter diagnóstico y que constituyen un dato objetivo. La mayor parte de los trastornos reconocidos no representa más que un agrupamiento de síntomas y no hay ninguna razón particular para considerar que la mayoría de los pacientes sólo va a presentar uno de estos síntomas. Contemplado el problema de esta manera, es evidente que sería más honesto que los psiquiatras utilizaran otros términos como «trastornos coexistentes» o «trastornos múltiples».

Según estas consideraciones, nos debemos preguntar porqué ha recibido tanta aceptación el término inapropiado de «comorbilidad». Posiblemente ha existido un efecto de influencia de la extensa formación médica general que reciben todos los psiquiatras, durante la cual es fácil desarrollar la expectativa de que la mayor parte de los pacientes presenta sólo una enfermedad diagnosticable. Sin embargo, las cosas son diferentes en psiquiatría y segura-

mente es mejor utilizar términos más realistas que nos recuerden de manera constante que nuestros conocimientos acerca de la naturaleza de las enfermedades psiquiátricas es bastante superficial.

Dos problemas asociados son: en primer lugar, la frecuente falta de claridad en el trabajo clínico acerca de los objetivos que se persiguen al documentar la información y, en segundo lugar, las necesidades especiales de los investigadores.

La práctica clínica apropiada obliga a dejar constancia en la historia clínica del paciente de muchos trastornos que sufre con objeto de describir de manera completa su situación y esta consideración se refiere tanto a la CIE-10 como al DSM-IV. Además, se recomienda a los clínicos que establezcan en todos los casos un orden de prioridad respecto a los trastornos que presenta el paciente, que indiquen las razones de este orden de prioridad y que señalen las consecuencias terapéuticas que conlleva la consideración de ambos trastornos. Si, por alguna razón, sólo se detecta un trastorno, es responsabilidad de los que solicitan la información dejar claro el objetivo principal para el cual se va a utilizar ésta. Los sistemas de documentación de la información son ahora más potentes que hace incluso sólo unos pocos años, y la queja habitual de los administrativos de que «no queda sitio en el formulario» se ha convertido en una excusa poco creíble.

Las necesidades de los investigadores son a menudo diferentes de las de los clínicos debido a que en la mayor parte de los estudios de investigación es necesaria una selección restrictiva de los grupos de pacientes cuyos síntomas y otras características tienen similitud entre sí respecto a aspectos claramente establecidos. La idoneidad de incluir o no a pacientes con más de un trastorno va a ser determinada por el tipo y el objetivo del estudio de investigación, de manera que en estos estudios es necesario un enfoque más flexible de los criterios de exclusión en comparación con lo que ocurre en el contexto clínico habitual. Ésta es la razón de porqué en la CIE-10 se consideran por un lado los criterios diagnósticos de investigación (1) y por otro

las descripciones clínicas y las normas diagnósticas. Al considerar este aspecto de los criterios a aplicar en los estudios de investigación es necesario destacar el hecho de que el comentario de Pincus y cols. «los criterios diagnósticos de la CIE-10 respecto a la investigación se han fundamentado principalmente en el sistema DSM-III» es sólo una aproximación al análisis de un proceso largo y complicado. Las muchas similitudes existentes entre la CIE-10 y el DSM-IV, tanto en su estilo general como en su contenido detallado, representan el resultado perseguido por una iniciativa que fue iniciada ya en 1980 por Gerald Klerman y Norman Sartorius en forma de un «proyecto conjunto». La manifestación final de este proyecto fue una serie de reuniones efectuadas alrededor de 1990 entre los expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y los presidentes de los distintos comités implicados en el desarrollo del DSM-IV, en las que para los bocetos de ambas clasificaciones fueron aprobadas muchas modificaciones de armonización.

En lo que respecta al futuro es necesario intentar nuevas formas de documentación de los trastornos múltiples a medida que se desarrollen las nuevas versiones de las clasificaciones, en vez de dejar que el proceso de documentación sea una ocurrencia tardía que tenga lugar únicamente cuando ya ha finalizado la elaboración de las propias clasificaciones.

Bibliografía

1. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Diagnostic Criteria for Research. Geneva: World Health Organization, 1993.

El síndrome: ¿un antídoto frente a la comorbilidad falsa?

ASSEN JABLENSKY

School of Psychiatry and Clinical Neurosciences,
University of Western Australia, Perth, Australia

Pincus y cols. identifican de manera correcta la proliferación de diagnósticos

de comorbilidad en psiquiatría como un efecto secundario de los sistemas actuales de clasificación, especialmente debido al abandono de las reglas jerárquicas que ha tenido lugar en el DSM-III. Si aceptamos la definición original de comorbilidad como la aparición simultánea de procesos patológicos clínicamente independientes, la prevalencia observada de la asociación de trastornos psiquiátricos múltiples (comorbilidad) correspondiente a más de la tercera parte de los casos estudiados en la población general (1) pone en duda la credibilidad de las clasificaciones actuales y se refleja de manera adversa en los fundamentos conceptuales de las mismas. O la naturaleza de las enfermedades psiquiátricas es tal que siempre tienden a aparecer de manera agrupada, o bien la clasificación diagnóstica no permite distinguir entre la comorbilidad falsa (consideración de los distintos aspectos de una entidad clínica como si fueran trastornos independientes) y la comorbilidad verdadera.

Estos problemas parecen ser específicos de la psiquiatría en el conjunto de las especialidades médicas. Por supuesto, un paciente puede sufrir dos o más enfermedades y, en consecuencia, participar en dos o más categorías de las clasificaciones médicas, aunque la determinación de esta patología múltiple sólo debe estar fundamentada en el establecimiento de grupos específicos e independientes de características. Las clasificaciones psiquiátricas actuales permiten la consideración de categorías múltiples teniendo en cuenta el mismo grupo de datos, dado que estas categorías no son excluyentes entre sí. Por ejemplo, un paciente puede cumplir los criterios diagnósticos de distimia y de trastorno depresivo mayor en función de síntomas esencialmente similares, según cuál sea su intensidad, su duración y su secuencia.

Parte del problema se debe al hecho de que el DSM-IV y la CIE-10 evitan el problema complejo de definir la naturaleza de las entidades patológicas objeto de clasificación y, en vez de ello, adoptan como unidad de cambio en la clasificación psiquiátrica el término «trastorno» (introducido inicialmente en el DSM-I en 1952), que no tiene una correspondencia clara en las clasificaciones médicas ni con el concepto de enfermedad ni con el concepto de síndrome (2). La ambigua situación de la unidad de clasificación constituida por el «trastorno» da lugar a dos consecuencias que crean confusión conceptual y que dificultan el avance del conocimiento: a) la «falta de la deificación», es decir, la tendencia a contemplar los «trastornos» recogidos en el DSM-IV

y en la CIE-10 como entidades que fueran casi enfermedades, y b) la fragmentación de la psicopatología en un elevado número de «trastornos», muchos de los cuales son simplemente síntomas. El resultado es un desdibujamiento de la distinción entre comorbilidad verdadera y falsa, con enmascaramiento de los *síndromes* complejos aunque esencialmente unitarios como los «tipos de reacción exógena» de Bonhoeffer (3) o como el recientemente repuesto «síndrome neurótico general» (4). Por tanto, no es sorprendente que los «trastornos», tal como se definen en las versiones actuales del DSM y de la CIE, muestren una tendencia decidida a la coexistencia, lo que sugiere que «las suposiciones fundamentales respecto a los esquemas diagnósticos dominantes pueden ser incorrectas» (5).

Por el contrario, el de síndrome es un concepto básico para la mayoría de los clínicos y la mayor parte de la información clínica se almacena de manera cognitiva en este formato. Hay buenas razones para que en las clasificaciones futuras volva-

mos a colocar al síndrome (una estructura correlacional real en psicopatología [6]) en su lugar correcto en la unidad básica que es el Eje 1.

Bibliografía

1. Wittchen HU. What is comorbidity – fact or artefact? Br J Psychiatry 1996;168 (Suppl. 30):7-8.
2. Jablensky A, Kendell RE. Criteria for assessing a classification in psychiatry. In: Maj M, Gaebel W, López-Ibor JJ et al (eds). Psychiatric diagnosis and classification. Chichester: Wiley, 2002:1-24.
3. Bonhoeffer K: Zur Frage der exogenen Psychosen. Zentralblatt für Nervenheilkunde 1901;32:499-505.
4. Andrews G, Stewart GW, Morris-Yates A et al. Evidence for a general neurotic syndrome. Br J Psychiatry 1998;157:6-12.
5. Sullivan PF, Kendler KS. Typology of common psychiatric syndromes. Br J Psychiatry 1998;173:312-9.
6. Rosch E. Cognitive reference points. Cogn Psychol 1975;7:532-47.

El diagnóstico psiquiátrico en la actualidad

DARREL A. REGIER

American Psychiatric Institute for Research and Education, 1000 Wilson Boulevard, Arlington, VA 22209-3901, USA

Una dificultad importante a la que se van a tener que enfrentar los profesionales que revisen las clasificaciones DSM-IV y CIE-10 es la de evaluar la idoneidad de utilizar como componentes de los criterios diagnósticos las variables fisiopatológicas, de vulnerabilidad genética y de exposición ambiental. El uso que hacemos en la actualidad de los síndromes descriptivos claramente definidos representó un avance científico importante en 1980, cuando se adoptó en Estados Unidos el DSM-III como clasificación estándar y cuando posteriormente se utilizó como modelo para el desarrollo de la clasificación CIE-10, que fue adoptada internacionalmente en 1992. Con la introducción de criterios descriptivos explícitos, que podían ser reproducidos fiablemente por numerosos clínicos, en el

DSM-III se sustituyeron las nosologías previas que estaban fundamentadas en formulaciones teóricas no demostradas propuestas por psiquiatras prominentes de países diferentes o por «escuelas de psiquiatría» psicoanalíticas. Este avance aparentemente modesto en la clasificación fue apoyado por la demostración de que era posible disminuir las grandes discrepancias existentes en la práctica diagnóstica internacional al utilizar criterios diagnósticos y entrevistas de evaluación comunes (1). Dada la ausencia de criterios etiológicos, anatómicos o fisiopatológicos en los sistemas DSM-III y DSM-IV a lo largo de los 25 últimos años, los avances efectuados por la investigación y por la práctica clínica a través de la simple aplicación de criterios fiables y con independencia de cualquier indicador de validez han sido especialmente notables (2). Se ha desarrollado un campo de investigación acumulativa fundamentado en el hecho de que los científicos y los clínicos de todo el mundo utilizan un grupo común de criterios y un lenguaje diag-

nóstico similar para describir los trastornos mentales que estudian y tratan.

El abordaje descriptivo actual permite una gran precisión para la diferenciación de síndromes específicos (en forma de grupos de síntomas que presentan los pacientes atendidos en la práctica clínica o evaluados en los estudios de investigación). Sin embargo, una consecuencia de esta ventaja es la ampliación del número de diagnósticos, algunos de los cuales pueden ser únicamente expresiones ligeramente diferentes de procesos patológicos subyacentes comunes aunque actualmente desconocidos. Diversos críticos del sistema diagnóstico actual han definido la expansión de las categorías diagnósticas como un intento «culposo» de querer justificar la compensación económica que debe recibir cualquier psiquiatra cuando atiende a un paciente, o bien como una iniciativa de la industria farmacéutica para justificar la venta de sus productos (3,4). Aunque no debemos dejar nunca de lado el poder de los incentivos económicos sobre el comportamiento humano, sería difícil demostrar que estos incentivos han sido la fuerza motriz para la adopción internacional de la CIE-10, una decisión que ha obligado a muchos países a abandonar la aplicación de diversos trastornos o de sistemas de clasificación que a menudo estaban estrechamente relacionados con sus tradiciones nacionales (5). Más que ello, en ausencia de factores etiológicos, de alteraciones anatómicas o de cuadros fisiopatológicos evidentes o demostrables, el paso de los síntomas a los síndromes, a los trastornos y a las enfermedades es la revolución científica que ha tenido lugar en los sistemas de clasificación de todas las especialidades médicas (6).

A medida que se sigue ampliando el fundamento científico del diagnóstico y la práctica psiquiátricos, podemos esperar que algunos de los síndromes múltiples considerados actualmente como diagnósticos distintos queden agrupados en procesos subyacentes comunes de carácter más discreto. Hasta el descubrimiento de las espiroquetas, las múltiples manifestaciones sífilíticas dermatológicas, del sistema nervioso periférico y del sistema nervioso central confundían a los médicos que efectuaban diagnósticos sindrómicos basados en los síntomas. Sin embargo, cuando se demostró que los múltiples síndromes (comorbilidad) de la sífilis respondían al mismo tratamiento antibiótico, se aceptó que estos «síndromes» eran manifestaciones de la alteración de diferentes órganos o sistemas en esta enfermedad, más que enfermedades bien definidas. En psiquiatría ya hemos obtenido algunas pruebas preliminares de que los

síndromes «comórbidos» frecuentes del trastorno de ansiedad generalizada y de la depresión mayor parecen compartir una base genética común cuyas diferencias en la expresión se deben posiblemente a las variaciones en la exposición ambiental (7). La demostración de que ambos trastornos parecen responder a los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS) podría hacer que finalmente ambos procesos fueran considerados como un cuadro común cuya fisiopatología está fundamentada en los aspectos genéticos.

Si consideramos la posibilidad de que en las revisiones que se realicen del DSM y de la CIE fuera posible un abordaje sindrómico descriptivo con la información relativa a los factores de riesgo genéticos y ambientales, cabría suponer un incremento temporal en el número de diagnósticos y de cuadros de comorbilidad. Esta posibilidad queda ilustrada de manera espectacular en los resultados obtenidos recientemente por Caspi y cols. (8), que demostraron que las diferencias aparentemente menores en los alelos del gen del transportador de la serotonina se relacionaban con una resistencia o vulnerabilidad muy diferente frente a la depresión mayor, en pacientes con exposición a factores de estrés equivalentes a lo largo de su vida. Debido a que la depresión mayor se observó en ambos tipos genéticos, podríamos considerar ahora la subclasificación de la depresión mayor en las formas alélicas con afectación del brazo corto y del brazo largo del transportador de la serotonina en este trastorno.

A medida que la ciencia psiquiátrica básica permita un conocimiento mayor de la fisiopatología y la etiología, podemos esperar que nuestros diagnósticos tengan una validez predictiva también mayor y que nuestros tratamientos tengan más especificidad. Bien podemos pasar desde el tratamiento con aspirina en los síndromes febriles al tratamiento con antibióticos en los cuadros causados por agentes infecciosos concretos. Sin embargo, a medida que tienen lugar la maduración de las neurociencias y la ampliación de nuestros conocimientos acerca de las interacciones entre el cerebro y el ambiente, es posible que encontremos áreas adicionales en las que se demuestren el funcionamiento anómalo y la fisiopatología cerebrales. Podemos volver al ejemplo de las enfermedades infecciosas, en cuyo campo siguen apareciendo enfermedades nuevas como el síndrome respiratorio agudo severo (SRAS) a pesar de la gran madurez de la ciencia microbiológica. Claramente, el desarrollo de un sistema mejor de clasificación de todas las enfermedades men-

tales va a ser un proceso científico desigual e iterativo en el que las hipótesis etiológicas y fisiopatológicas van a ser comprobadas antes de que sustituyan a los criterios descriptivos más conservadores y ateóricos que representan el estado actual de la cuestión.

Bibliografía

1. Cooper JE, Kendell RE, Gurland BJ et al. *Psychiatric diagnosis in New York and London*. London: Oxford University Press, 1972.
2. Regier DA. Mental disorder diagnostic theory and practical reality: an evolutionary perspective. *Health Aff* 2003;22: 21-7.
3. Shorter E, Tyrer P. Separation of anxiety and depressive disorders: blind alley in psychopharmacology and classification of disease. *Br J Psychiatry* 2003;327:158-60.
4. First MB, Regier DA. Separation of anxiety and depressive disorders: new tools will lead to more valid classification system. *Br J Psychiatry* 2003;327:869-70.
5. Sartorius N, Jablensky A, Regier DA et al (eds). *Sources and traditions of classification in psychiatry*. Toronto: Hogrefe and Huber, 1990.
6. Aronowitz RA. When do symptoms become a disease? *Ann Int Med* 2001; 134:803-8.
7. Kendler KS. Major depression and generalized anxiety disorder. Same genes, (partly) different environments - revisited. *Br J Psychiatry* 1996;168(Suppl. 30): 68-75.
8. Caspi A, Sugden K, Moffitt TE et al. Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science* 2003;301:291-3.

La comorbilidad y el presidente Mao

SCOTT O. LILIENTHAL,
IRWIN D. WALDMAN

*Department of Psychology, Emory University,
532 N. Kilgo Circle, Atlanta, GA 30322, USA*

Tal como señalan Pincus y cols., la comorbilidad en lo relativo a las enfermedades psiquiátricas es galopante. Este he-

cho ha dado lugar a que muchos autores propongan soluciones para limitar la propagación de la comorbilidad. No obstante, más que en los datos, la mayor parte de estas soluciones –como las reglas jerárquicas de exclusión contempladas en las ediciones recientes del DSM– están fundamentadas en el «sentido común» o en la sabiduría clínica relativa a las supuestas relaciones etiológicas entre los procesos patológicos comórbidos.

La mayor parte de los recursos para disminuir la comorbilidad son una forma de empezar la casa por el tejado. Todavía no sabemos cuáles de las más de las 300 enfermedades recogidas en el DSM-IV tienen un carácter dimensional más que taxonómico, si es que alguna de ellas lo posee. Por taxonómico nos referimos a una categoría que existe en la naturaleza y no sólo en la mente de los clínicos (1). Aunque algunas de las categorías recogidas en el DSM-IV, como la esquizofrenia (2), pueden ser considerada una categoría patológica genuina, otras –como la anorexia y la bulimia nerviosas (3)– pueden representar solamente el producto de la aplicación de líneas de división científicamente arbitrarias en uno o más rasgos de la personalidad de distribución continua (p. ej., neuroticismo, introversión) (4).

El concepto de comorbilidad sólo puede tener un significado cuando lo aplicamos a procesos patológicos taxonómicos (5). Tal como señalan Pincus y cols., Feinstein (6) definió un proceso comórbido como «una entidad clínica adicional bien diferenciada» que coexiste con alguna otra enfermedad. Si los trastornos comórbidos representan la confluencia de las puntuaciones extremas sobre una o más dimensiones, no serían ni distintos ni cualitativamente diferentes de la actividad normal. Además, la aplicación de la comorbilidad a los trastornos dimensionales estaría dirigida por decisiones científicamente arbitrarias, como la aplicación de niveles umbral para diferenciar lo patológico de lo normal.

Los psicólogos y los estadísticos han desarrollado varios métodos útiles para detectar y validar los aspectos taxonómicos subyacentes a los trastornos psicológicos. Estos métodos son las técnicas taxonómicas desarrolladas por Meehl y cols. (7), los modelos mixtos (8), los estudios de genética molecular (9) y los estudios genéticos multivariados del comportamiento (10). Aunque ninguno de estos métodos puede por sí mismo proporcionar una confirmación definitiva del carácter taxonómico, los resultados constantes que indican este carácter obtenidos a través de métodos múltiples ofrecen la evidencia de que un trastorno psiquiátrico es categórico a nivel latente (11).

La mayor parte de las propuestas para reducir la comorbilidad sólo dan como resultado el enmascaramiento del problema fundamental que tiene el DSM, es decir, la posibilidad de que muchas de las categorías que recoge no sean categorías taxonómicas verdaderas sino más bien la interserción de puntuaciones elevadas sobre rasgos continuos. Más que imponer reglas jerárquicas de exclusión en ausencia de datos convincentes de investigación, dando lugar así a una solución «de tente mientras cobro» prematura al problema de la comorbilidad galopante, sería preferible «dejar que florezcan mil flores», en palabras de Mao Tse Tung; es decir, permitir la existencia libre de la comorbilidad hasta que aparezca alguna razón empírica suficiente para no hacerlo así. Este enfoque, aunque quizá es más confuso para el clínico, es congruente con la preferencia de segmentación recogida en las revisiones recientes del DSM (12). En una primera fase del desarrollo científico, la segmentación suele ser preferible al agrupamiento debido a que la relación entre ambos conceptos es asimétrica. Siempre podemos segmentar inicialmente para agrupar después, si los datos etiológicos indican que dos o más trastornos comórbidos deben ser considerados bajo el mismo epígrafe diagnóstico; sin embargo, una vez que se ha realizado el agrupamiento puede ser extremadamente difícil realizar una segmentación más adelante. Al minimizar la comorbilidad en ausencia de datos fiables, es posible que nunca podamos determinar si dos enfermedades que parecían la misma o que considerábamos tenían una relación estrecha son realmente «diferentes», por utilizar la terminología de Feinstein.

Pincus y cols. han señalado que los modelos dimensionales pueden encontrar resistencia por parte de muchos clínicos. En parte, esta resistencia se debe probablemente al «razonamiento categórico»: la pronunciada tendencia del ser humano a la conceptualización del mundo natural en términos de categorías, incluso aunque no existan dichas categorías (13). El gran psicólogo norteamericano Gordon Allport observó que «la mente humana piensa con ayuda de las categorías. Posiblemente, no podemos evitar este proceso. El propio desarrollo ordenado de la vida depende de ello» (14). El pensamiento categórico es característicamente adaptativo, tal como señaló Allport, pero a menudo da lugar a una simplificación excesiva de la visión del mundo. Si se demostrara en algún estudio que la mayor parte de las enfermedades recogidas en el DSM tiene a nivel básico un carácter dimensional más que taxonómico, deberíamos revisar nuestro sistema

de clasificación psiquiátrica para reflejar este hecho incluso si los clínicos encuentran dificultades para razonar en términos dimensionales. El DSM debería reflejar las cosas tal como son realmente, no sólo la forma que tienen los clínicos de considerar cómo son las cosas.

Bibliografía

1. Meehl PE. Factors and taxa, traits and types, differences of degree and differences in kind. *J Personality* 1992;60:117-74.
2. Lenzenweger MF, Korff L. Confirming the latent structure and base rate of schizotypy: a taxometric analysis. *J Abnorm Psychol* 1992;101:567-71.
3. Tylka TL, Subich ML. Revisiting the latent structure of eating disorders: taxometric analyses with nonbehavioral indices. *J Counsel Psychol* 2003;50:276-86.
4. Lilienfeld SO, Waldman ID, Israel AC. A critical examination of the term and concept of 'comorbidity' in psychopathology research. *Clin Psychol Sci Pract* 1994;1: 71-83.
5. Meehl PE. Comorbidity and taxometrics. *Clin Psychol Sci Pract* 2001;8:507-19.
6. Feinstein AR. The pre-therapeutic classification of co-morbidity in chronic illness. *J Chronic Dis* 1970;23:455-68.
7. Meehl PE, Golden RR. Taxometric methods. In: Kendall PC, Butcher JN (eds). *Handbook of research methods in clinical psychology*. New York: Wiley, 1982: 127-81.
8. Cloninger CR, Sigvardsson S, von Knorring A-L et al. An adoption study of somatoform disorders: II. Identification of two discrete somatoform disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1984;41:863-71.
9. Waldman ID, Rowe DC, Abramowitz A et al. Association and linkage of the dopamine transporter gene (DAT1) and attention deficit hyperactivity disorder in children. *Am J Hum Genet* 1998;63: 1767-76.
10. Kendler KS, Neale MC, Kessler RC et al. Major depression and generalized anxiety disorder: same genes, (partly) different environments? *Arch Gen Psychiatry* 1992;49:716-22.
11. Waldman ID, Lilienfeld SO. Applications of taxometric methods to problems of comorbidity: perspectives and challenges. *Clin Psychol Sci Pract* 2001;8: 520-7.
12. Lilienfeld SO. Comorbidity between and within childhood externalizing and internalizing disorders: reflections and directions. *J Abnorm Child Psychol* 2003;31: 285-91.
13. Macrae CN, Bodenhausen GV. Social cognition: thinking categorically about others. *Ann Rev Psychol* 2000;51:93-120.
14. Allport, GW. *The nature of prejudice*. Reading: Addison-Wesley, 1954.

Las diferentes razones de la comorbilidad requieren soluciones distintas

DANIEL N. KLEIN

Departments of Psychology and Psychiatry and Behavioral Sciences, New York University at Stony Brook, Stony Brook, NY 11794-2500, USA

Pincus y cols. han realizado una discusión inteligente de las dificultades que conllevan las elevadas tasas de comorbilidad psiquiátrica que se obtienen al aplicar los sistemas de clasificación diagnóstica actuales. En este comentario, vamos a considerar la discusión que hacen estos investigadores sobre los enfoques alternativos al problema de la comorbilidad: las categorías diagnósticas mixtas, las jerarquías diagnósticas y los sistemas dimensionales.

La comorbilidad puede ser debida a varias razones. Puede tener como origen el azar o bien puede estar causada por la conjunción de factores de riesgo independientes; además, también puede aparecer debido a que dos trastornos presentan factores de riesgo compartidos o solapados, o debido a que uno de estos trastornos causa el otro; finalmente, la comorbilidad podría ser una expresión multiforme de un trastorno puro, o bien de un tercer trastorno independiente (1). La conclusión es que el abordaje mejor del problema de la comorbilidad depende de la determinación de porqué tiende a coexistir una pareja de trastornos.

Las categorías diagnósticas mixtas son más apropiadas cuando el trastorno comórbido es un tercer trastorno independiente diferente de cada uno de los dos trastornos puros. En los demás casos, las categorías mixtas no van a ser útiles. Por ejemplo, si el trastorno depresivo mayor y el trastorno de ansiedad generalizada presentan las mismas causas o bien causas con un gran solapamiento, sería más apropiada su combinación en una categoría única de orden superior que la consideración de una tercera categoría de «trastorno mixto de depresión y ansiedad» en un sistema que ya incluye las dos categorías puras.

En términos más generales, el agrupamiento representa el enfoque mejor en las situaciones en las que las categorías de orden inferior presentan causas compartidas o con un gran solapamiento. Sin embargo, puede ser difícil determinar con exactitud cuánto solapamiento es necesari-

o para justificar una estrategia de agrupamiento. Por ejemplo, parece que las formas más comunes de cuadros psicopatológicos se pueden ubicar bajo los epígrafes de orden superior de los trastornos de internalización y externalización (2). Además, es probable que los diferentes trastornos de internalización presenten en común algunos procesos etiológicos, así como también los diferentes trastornos de externalización. Sin embargo, la distinción entre internalización y externalización puede ser demasiado grosera como para que permita guiar el tratamiento. En este punto es relevante la consideración que tienen Pincus y cols. del concepto de utilidad clínica. La cuestión de agrupar o segmentar debe estar fundamentada en la consideración de si la información que se pierde por el agrupamiento es útil para el pronóstico, el tratamiento o el conocimiento de la etiología.

El enfoque jerárquico es útil si el proceso comórbido representa una expresión multiforme de alguno de los trastornos puros. Por ejemplo, los episodios de depresión mayor son casi de manera invariable una complicación del trastorno distímico (3). Por tanto, el establecimiento del diagnóstico de un trastorno depresivo mayor como comorbilidad en pacientes con trastorno distímico puede no tener ninguna ventaja. Las jerarquías también pueden ser útiles cuando uno de los trastornos causa el otro, a menos que el segundo trastorno tenga implicaciones clínicas adicionales tras su aparición.

Finalmente, aunque los enfoques dimensionales poseen numerosas propiedades útiles (4), generalmente complican –más que simplifican– los sistemas de clasificación, a menos que el número de dimensiones sea muy pequeño. Más que asignar uno o más diagnósticos al paciente, cada paciente recibe una puntuación sobre cada una de las dimensiones del sistema de clasificación. Incluso si ignoramos las puntuaciones de cero, los pacientes van a recibir de manera invariable más puntuaciones que diagnósticos recibirían en un sistema categórico. Aunque a menudo es útil poseer más información, la información incrementa la complejidad, más que disminuirla. El resultado es que muchos sistemas dimensionales (p. ej., el Minnesota Multiphasic Personality Inventory, MMPI) imponen de manera

sistemática límites categóricos a sus dimensiones, cerrando así el círculo completo del problema de la comorbilidad.

Los problemas planteados por la comorbilidad psiquiátrica no se pueden resolver mediante un argumento *a priori*. Requieren la obtención de datos acerca de la naturaleza de la comorbilidad entre grupos específicos de trastornos. El resultado es que el problema de la comorbilidad no tiene una solución única. En vez de ello, van a ser necesarias soluciones diferentes para las distintas combinaciones de trastornos. A medida que se vaya estableciendo la naturaleza de la comorbilidad, tendrán lugar de manera indudable revisiones significativas en las categorías y los límites de la nomenclatura psiquiátrica.

Bibliografía

1. Klein DN, Riso LP. Psychiatric disorders: problems of boundaries and comorbidity. In: Costello CG (ed). Basic issues in psychopathology. New York: Guilford, 1993:19-66.
2. Krueger RF. The structure of common mental disorders. Arch Gen Psychiatry 1999;56:921-6.
3. Klein DN, Schwartz JE, Rose S. Five-year course and outcome of dysthymic disorder: a prospective, naturalistic follow-up study. Am J Psychiatry 2000;157:931-9.
4. Widiger TA, Clark LA. Toward DSM-V and the classification of psychopathology. Psychol Bull 2000;126:946-63.

La comorbilidad psiquiátrica plantea problemas especiales en los países en vías de desarrollo

R. SRINIVASA MURTHY

National Institute of Mental Health and Neurosciences, Bangalore, India

El desarrollo que ha tenido lugar en el campo del diagnóstico psiquiátrico a lo largo de los 50 últimos años ha sido sig-

nificativo, pero en la fase actual plantea tanto ventajas como desventajas.

Personalmente, realicé mi formación en psiquiatría a finales del decenio de los setenta, en un momento en el que los sistemas diagnósticos utilizados eran la CIE-8 y el DSM-II. Desde entonces, la tendencia ha sido hacia el establecimiento de diagnósticos más fundamentados en criterios. Las ventajas que he comprobado con este cambio han sido la mayor facilidad para compartir la información y para formar a los posgraduados en psiquiatría, así como el aumento en el número de categorías diagnósticas. Sin embargo, esta tendencia también ha dado lugar a una pérdida importante debido a que muchos profesionales, sobre todo los psiquiatras más jóvenes, tienden a utilizar los criterios diagnósticos con un grado mayor de confianza del adecuado respecto al nivel actual de los conocimientos, a pesar de que en la CIE-10 se señala de manera explícita que «Ningún sistema de clasificación es perfecto: se realizarán mejoras y simplificaciones a medida que el uso de la clasificación dé lugar a un aumento de nuestros conocimientos y experiencia» (1). La propia cuestión de la validez y utilidad de la clasificación ha sido objeto de un debate intenso (2).

El problema de la comorbilidad está relacionado con la fase actual en la evolución de los sistemas diagnósticos. Dado que la presencia de un cierto número de síntomas/signos representa el fundamento del diagnóstico, en un mismo paciente es posible establecer más de un diagnóstico. En el artículo de Pincus y cols. se analiza de manera adecuada la complejidad de la situación. Me gustaría comentar dos aspectos: las necesidades específicas que existen en los países en vías de desarrollo y las dificultades que conlleva la clasificación de la comorbilidad psiquiátrica en la asistencia primaria.

La disponibilidad de los servicios de salud mental es muy limitada en los países en vías de desarrollo. En general, esta disponibilidad está en el rango del 1/50-1/1.000 de la que existe en los países desarrollados. En consecuencia, son diferentes tanto el tipo de pacientes atendidos como la duración del contacto con los mismos y las necesidades a resolver. Los servicios psiquiátricos son más utilizados por las personas que sufren trastornos mentales graves, como queda ilustrado por la baja frecuencia del diagnóstico de trastornos de la personalidad en los centros psiquiátricos de los países en vías de desarrollo. Además, el contacto es a menudo transversal o aleatorio durante un episodio concreto de la enfermedad o durante la fase aguda de la misma. La intervención terapéutica realizada es fundamentalmente farmacológica,

excepto en algunos centros en los que se aplica una amplia gama de terapias psicosociales. Estos factores dan lugar al uso de las categorías diagnósticas más simples y obvias. El resultado es que la identificación de la comorbilidad tiene una prioridad baja. Los clínicos suelen establecer el diagnóstico de aquellos procesos patológicos que pueden ser abordados de manera efectiva en los centros psiquiátricos existentes. Esta situación va a cambiar a medida que se creen más centros psiquiátricos, especialmente cuando la salud mental se pueda aplicar al ámbito comunitario.

Estimulada y apoyada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la integración de la asistencia psiquiátrica con la asistencia primaria es ya un hecho en varios países en vías de desarrollo (3,4). En los países desarrollados, la conjunción con la asistencia primaria es una forma de ampliar el alcance de los servicios de salud mental, mientras que en los países en vías de desarrollo es el método principal y a menudo único de proporcionar asistencia psiquiátrica. La importancia de este enfoque quedó reflejada en el informe World Health Report 2001, cuya primera recomendación era la de «proporcionar el tratamiento psiquiátrico en el contexto de la asistencia primaria» (5). Este enfoque de organizar la asistencia psiquiátrica en el contexto de la asistencia primaria tiene relevancia en la discusión de la comorbilidad. Se ha demostrado que la comorbilidad de los trastornos mentales (especialmente de los trastornos de depresión y ansiedad) es frecuente en el ámbito de la asistencia primaria (6).

La versión de la CIE-10 dirigida a la asistencia primaria es un sistema muy simplificado que ha sido considerado adecuado para su uso por parte de los profesionales que trabajan en ese contexto. Las 20 categorías recogidas parecen un esquema sencillo en comparación con la clasificación completa. Sin embargo, la experiencia obtenida en los países en vías de desarrollo ha demostrado que incluso este sistema de clasificación es difícil de utilizar. Con el nivel actual de personal laboral en la asistencia primaria no es posible la consideración de la comorbilidad, aunque sí sería deseable (7). Además, los psiquiatras que ejercen en los países en vías de desarrollo están intentando actualmente incluir las enfermedades psiquiátricas en los sistemas de información generales utilizados en asistencia primaria. Dadas las difíciles demandas que deben soportar los sistemas de información general, en los mismos sólo es posible incluir un número limitado de enfermedades, generalmente entre cuatro y seis. Por ello, no sería factible el uso de la clasificación de las enfermedades comórbidas. Si insisti-

mos en la realización de este tipo de codificación, es posible que los sistemas de información sanitaria general utilizados en el contexto de la asistencia primaria rechacen los trastornos psiquiátricos. Esta exclusión constituiría una pérdida de enorme importancia.

Un problema diferente y de mayor relevancia es el de la comorbilidad de las enfermedades físicas y las enfermedades mentales. Esta es una asociación frecuente en los países en vías de desarrollo (6,8). La práctica habitual en la asistencia primaria es la de otorgar una importancia mayor a las enfermedades de tipo físico. Es necesario un esfuerzo educativo importante para que los médicos generales tomen conciencia y tengan la capacidad profesional suficiente para identificar la comorbilidad constituida por las enfermedades mentales.

En conclusión, la proliferación de categorías diagnósticas para clasificar el número cada vez mayor de pacientes que muestran una gama amplia de problemas de salud mental representa una iniciativa útil para el desarrollo de una clasificación psiquiátrica. Sin embargo, este objetivo de describir y clasificar todos los trastornos psiquiátricos no debe dificultar la integración de la asistencia psiquiátrica en los servicios de asistencia sanitaria general. Antes de universalizar un sistema exhaustivo de codificación de todos los trastornos comórbidos, es necesario contemplar las necesidades de clasificación que tienen los profesionales que ejercen en los países en vías de desarrollo. (9). Los profesionales que atienden a los pacientes que sufren enfermedades mentales necesitan sistemas diagnósticos más sencillos, que se puedan utilizar con mayor facilidad y que sirvan al objetivo de solucionar las necesidades asistenciales más que las de tipo académico. En este contexto, puede ser prematuro insistir en la necesidad de codificar todos los procesos patológicos comórbidos. El deseo de alcanzar lo mejor no debe dificultar la necesidad de alcanzar lo bueno.

Bibliografía

1. World Health Organization. ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization, 1992.
2. Kendell R, Jablensky A. Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnosis. *Am J Psychiatry* 2003; 160:4-12.
3. Srinivasa Murthy R. Reaching the unreached. *Lancet* 2000;356:39.
4. Cohen A. The effectiveness of mental

health services in primary care: view from the developing world. Geneva: World Health Organization, 2001.

- World Health Organization. World Health Report 2001: mental health - new understanding, new hope. Geneva: World Health Organization, 2001.
- Ustun TB, Sartorius N. Mental illness in general health care: an international study. Chichester: Wiley, 1995.
- Srinivasa Murthy R. Experience on psychiatric classification in South Asia primary care facilities. In Mezzich JE, Hon-

da Y, Kastrup M (eds). Psychiatric diagnosis - a world perspective. New York: Springer, 1995:311-6.

- Okasha A. Epidemiological data: focus on comorbidity of depression and organic chronic illness. WPA Bulletin on Depression, Special issue, 2003: 24-5.
- Srinivasa Murthy R, Wig NN. Psychiatric diagnosis and classification in developing countries. In Maj M, Gaebel W, Lopez Ibor JJ et al (eds). Psychiatric diagnosis and classification. Chichester: Wiley, 2002:249-79.

nencia indefinida de ambos en el pecado nosológico, los profesionales que ejercen en África se preguntan ¡lo interesante que sería este debate en la vida real! No obstante, al final del debate queda claro que lo fundamental es la necesidad de algún sistema de clasificación, aunque no sea perfecto.

En esta conclusión se plantean muchas cuestiones, como la del complicado papel que desempeñan los factores sociales y culturales en la etiología y la persistencia de los trastornos psiquiátricos más comunes: pobreza, desplazamiento interno y externo de las personas, situación de refugiado, malnutrición y anemia, por citar sólo algunos de los aspectos que pueden influir con mayor frecuencia en la manera con la que se deberían definir y clasificar los estados de salud y enfermedad. Estas consideraciones dificultan de manera importante cualquier intento de evaluar el problema planteado por la comorbilidad.

Para complicar todavía más las cosas, en la mayor parte de los países de África Subsahariana no existe ningún tipo de política de salud mental. Es una situación parecida a la de la gallina y el huevo. En ausencia de una política de salud mental, los gobiernos africanos no contemplan la salud mental como una cuestión prioritaria que deba ser financiada. Kenya y Tanzania son buenos ejemplos de países de África Subsahariana que están comprometidos actualmente en el desarrollo de una política de salud mental tras la realización de encuestas de morbilidad psiquiátrica en zonas rurales (4). Durante este proceso ha quedado claro el hecho de que la comorbilidad es un problema que se debe abordar a dos niveles. En primer lugar, los profesionales que ejercen en la asistencia primaria no tienen capacidad para identificar los trastornos psiquiátricos. Por ello, las normas desarrolladas respecto a los sistemas de información sanitaria implantados en la asistencia primaria sólo pueden incluir unos pocos trastornos psiquiátricos (once en el caso de Kenya); no obstante, si tenemos el objetivo de utilizar sistemas de información adecuados en el país hay que mantener la esperanza de que con el tiempo sea posible el desarrollo de un nivel de complejidad completa que acepte las clasificaciones CIE-10/DSM-IV. En Kenya se reconoce la importancia del primer paso en este largo recorrido hacia la armonía en los sistemas de clasificación.

Después, se plantean dudas legítimas acerca de esta decisión. Si en este sistema africano (más moderno) sólo se pueden contemplar unos pocos trastornos psiquiátricos, ¿cuál es el valor científico de

Comorbilidad: la perspectiva desde África

FRANK NJENGA

Kenya Institute of Stress Management, PO Box 73749, City Square, Nairobi 00200, Kenya

La comorbilidad en los países en vías de desarrollo es una dura realidad cotidiana que ha sido poco estudiada y que conlleva la aparición de problemas diagnósticos a muchos niveles. Allan German (1) estudió un grupo de personas de Uganda con malnutrición subclínica. En este grupo, cualquier agresión física o psicológica dio lugar a formas muy graves de sufrimiento. Es en este tipo de pacientes con tal nivel de debilidad en el que se superponen las distintas enfermedades mentales. En la África rural, y dejando al margen la pandemia de SIDA, las personas deben luchar frente a las infecciones tradicionales, como la fiebre tifoidea y la tuberculosis. Así, en muchas partes de África la psicosis se denomina «la gran malaria», un término que reconoce la relación existente entre la fiebre y la psicosis. En África es frecuente la epilepsia debida al traumatismo de parto y al traumatismo craneoencefálico sufrido en fases posteriores de la vida. Las infecciones infantiles, incluyendo el sarampión, constituyen otra causa frecuente de epilepsia, un trastorno que en algunos casos aparece en forma de comorbilidad en las enfermedades mentales.

Pincus define de manera más gráfica el dilema que se plantea en los países en vías de desarrollo cuando señala «muchos de los sistemas de información (especial-

mente los que se utilizan en los países en vías de desarrollo) no poseen la capacidad de recoger todos los trastornos de comorbilidad. Los profesionales utilizan el juicio clínico para establecer las prioridades diagnósticas, y en muchos casos pueden no tener en cuenta la complejidad diagnóstica que puede existir».

La presión asistencial es intensa en situaciones en las que la proporción entre médicos y población atendida es de 1:20.000, mientras que la proporción de los curanderos tradicionales es de 1:25. En Tanzania, con una población de 30 millones de personas, sólo hay 10 psiquiatras de los que cuatro trabajan en la capital (2). En estas circunstancias, el objetivo y la utilidad de la fidelidad a sistemas de clasificación que no influyen sobre las intervenciones terapéuticas disponibles se convierten en objeto de un debate legítimo. Después de todo, el asunto es que la propia existencia de los sistemas de clasificación está fundamentada, al menos en parte, en su utilidad para establecer el tratamiento. Con el número actual de profesionales de la psiquiatría (psiquiatras y enfermeros), parece inútil utilizar sistemas de clasificación muy complejos.

La correspondencia reciente en el British Journal of Psychiatry (3) ha incrementado la sensación de desesperanza que experimentan los profesionales que ejercen en África y que ni siquiera tienen la posibilidad del contacto intelectual con otros colegas. Cuando Tyrer (3) propone el «matrimonio de prueba» entre la depresión y la ansiedad, más que la perma-

la información obtenida en África? ¿Se pueden considerar fiables los datos de investigación obtenidos en África? ¿Hablan realmente los profesionales que ejercen en África el mismo lenguaje que los que lo hacen en el resto del mundo cuando abordan el problema de la comorbilidad? La respuesta está implícita en este grupo de preguntas. A pesar de que los profesionales que ejercen en África luchan por el desarrollo de una política de salud mental, e incluso aunque parezca que están desarrollando un sistema paralelo, hay buenas razones para que haya una colaboración mayor con el resto del mundo.

El proyecto de promoción de la política de salud mental existente en Kenya y Tanzania está financiado por el gobierno británico a través del Institute of Psychiatry de Londres, y este proyecto nos va a enseñar muchas cosas. El proyecto ha

dado lugar a que numerosos científicos africanos deban enfrentarse al rigor de la investigación y a la necesidad de seguir los sistemas internacionales de clasificación, al tiempo que deben superar la cruda realidad de los escasos recursos a su disposición, un hecho que estimula de manera importante su creatividad.

Otra dificultad que tienen los profesionales que ejercen en África al considerar la comorbilidad es el problema de la prevalencia de algunos de los trastornos psiquiátricos más frecuentes en los países desarrollados y que son raros en África. Entre ellos, la anorexia nerviosa y el trastorno obsesivo-compulsivo. ¿Existen estos trastornos en África pero se manifiestan de forma diferente? ¿Aparecen como comorbilidad con otros trastornos? Los problemas planteados por Pincus exigen una colaboración mayor entre los países en vías de desarrollo y las entidades res-

ponsables de armonizar los sistemas de clasificación.

World Psychiatry 2004; 1: 24-31

Bibliografía

1. German GA. Aspects of clinical psychiatry in sub-Sahara Africa. *Br J Psychiatry* 1972;121:461-79.
2. Ngoma MC, Prince M, Mann A. Common mental disorders among those attending primary health clinics and traditional healers in Tanzania. *Br J Psychiatry* 2003;183:349-55.
3. Tyrer P. The case for cothymia: an open verdict? Author reply. *Br J Psychiatry* 2001;180:380-81.
4. Njenga FG, Kigamwa P, Okonji M. Africa. The traumatised continent. The continent with hope. *Int Psychiatry* 2003;1:4-7.

La tarea antisacádica y los test neuropsicológicos en la evaluación de la integridad cortical prefrontal en la esquizofrenia: resultados empíricos y consideraciones interpretativas

DEBORAH L. LEVY¹, NANCY R. MENDELL², PHILIP S. HOLZMAN¹

¹Psychology Research Laboratory, McLean Hospital, Harvard Medical School, 115 Mill Street, Belmont, MA 02478, USA

²Department of Applied Mathematics and Statistics, State University of New York at Stony Brook, Stony Brook, New York, USA

Hasta el momento, en todos los estudios publicados en los que se ha evaluado la tarea antisacádica se ha observado que los pacientes con esquizofrenia cometen un número mayor de errores. Este hallazgo ha sido interpretado como un apoyo a la existencia de disfunción de la corteza frontal, de los ganglios basales o de ambos en la esquizofrenia, debido principalmente a que los pacientes con alteraciones neurológicas en estas mismas regiones cerebrales también cometen un número mayor de errores en la tarea antisacádica. En nuestro estudio se ha efectuado la comparación del rendimiento de los pacientes con esquizofrenia y de los individuos sanos de control en lo relativo a la realización de la tarea antisacádica y de dos test neuropsicológicos, el Wisconsin Card Sorting Test, que se asume interviene en el funcionamiento del lóbulo frontal, y la tarea de interferencia del Stroop Test, que se considera participa en el funcionamiento de la corteza prefrontal dorsolateral/circunvolución del cuerpo calloso anterior. Se ha evaluado el patrón de interrelaciones entre estas tareas. Los pacientes con esquizofrenia efectuaron un número significativamente mayor de errores en la tarea antisacádica, cometieron más errores de perseveración y alcanzaron menos categorías en el Wisconsin Card Sorting Test, además de que mostraron una lentitud significativamente mayor durante la tarea de interferencia del Stroop Test, todo ello en comparación con los controles que no padecían ninguna enfermedad psiquiátrica. Los errores en la tarea antisacádica mostraron una correlación significativa con el rendimiento en la tarea de interferencia en el Stroop Test, tanto en los pacientes con esquizofrenia como en los controles, pero en ninguno de los dos grupos presentaron una correlación significativa con las determinaciones del rendimiento mediante el Wisconsin Card Sorting Test. El patrón de interrelación sugiere que estas tareas no deberían ser consideradas como representativas de una variable unitaria de «integridad cortical frontal». Aunque hay diversos aspectos de estas tareas que intervienen en la capacidad para inhibir las respuestas de prepotencia, todas ellas muestran también complejidad conductual. La naturaleza multifactorial de estas tareas hace difícil la determinación de las regiones cerebrales que forman parte de la red que sostiene el acto específico de inhibición de una respuesta preestablecida (p. ej., el movimiento sacádico reflejo hacia el objetivo periférico de aparición reciente), así como de las regiones que participan en los diversos aspectos del rendimiento de las tareas que están relacionados con componentes no inhibidores (p. ej., la ejecución de un movimiento antisacádico). De manera indudable, en ambos procesos está implicada una red de amplia distribución. El análisis desde un punto de vista cognoscitivo de los diversos componentes de las tareas complejas puede ser útil para determinar tanto los comportamientos específicos que son anómalos como sus sustratos neurales subyacentes. En este estudio también se aborda la complejidad que conlleva determinar la disfunción cerebral localizada en los pacientes esquizofrénicos teniendo en cuenta los déficit conductuales aparentemente análogos observados en pacientes con problemas neurológicos.

Palabras clave: movimientos antisacádicos, esquizofrenia, corteza frontal, test neuropsicológicos, inhibición de la respuesta

En todos los estudios que se han efectuado sobre el rendimiento en la realización de la tarea antisacádica (AS) en los pacientes con esquizofrenia se ha observado que estos pacientes cometen un número elevado de errores en la misma (1-16). La constancia de este hallazgo ha hecho que los investigadores evalúen su significado mediante el estudio de familiares clínicamente no afectados de pacientes con esquizofrenia (36), así como la contrapartida neural de estos cuadros de disminución del rendimiento.

En la tarea AS (37), el sujeto se fija en un objetivo visual central. De manera impredecible, aparece un estímulo visual nuevo en el campo periférico izquierdo o derecho y la tarea consiste en inhibir el movimiento sacádico reflejo hacia dicho objetivo efectuando después un movimiento sacádico voluntario hacia el lado opuesto. La falta de inhibición del reflejo sacádico hacia el objetivo periférico se considera un error.

El bajo rendimiento de los pacientes con esquizofrenia en la tarea AS ha sido interpretado como un apoyo a la posibilidad de que exista una disfunción de la corteza frontal, de los ganglios basales o de ambos, debido a que los pacientes con lesiones que afectan a la parte dorsolateral-medial de los lóbulos frontales (38) y los pacientes con lesiones en la corteza prefrontal dorsolateral (CPF DL) (4,39), enfermedad de Huntington (40-42), parálisis supranuclear progresiva (43,44) y enfermedad de Parkinson (45-48; no obstante, v. 4,49,50) también muestran un aumento en el número de errores en la tarea AS. Además, las enfermedades cerebrales generalizadas, como la enfermedad de Alzheimer (51,52), la esclerosis lateral amiotrófica (53) y la demencia del SIDA (54,55) también se asocian a una alteración en el rendimiento en la tarea AS.

La posibilidad de que el bajo rendimiento de los pacientes en la tarea AS refleje una disfunción cortical prefrontal ha hecho que los investigadores estudien la relación existente entre el rendimiento en esta tarea y el correspondiente a otras tareas que se considera participan en la integridad funcional de la corteza prefrontal. La observación de correlaciones significativas entre las determinaciones del rendimiento en las distintas tareas ha sido interpretada como un apoyo a la posibilidad de que los pacientes con esquizofrenia muestren grados variables de «disfunción del lóbulo frontal». Rosse y cols. (6) observaron que los errores en la tarea AS se correlacionaban significativamente con los errores de perseveración y con diversas categorías alcanzadas en el Wisconsin Card Sorting Test (WCST) por los pacientes con esquizofrenia. Entre los controles sin alteraciones psiquiátricas, el rendimiento en ambas tareas no mostró correlación significativa. Crawford y cols. (9) señalaron que el número de errores de perseveración en el WCST era un factor predictivo significativo de los errores en la tarea AS cometidos por los pacientes con esquizofrenia y por los pacientes con trastorno bipolar. Tien y cols. (14) observaron que la tendencia a los errores de perseveración determinada en el WCST se correlacionaba significativamente con la producción de errores en la tarea AS por parte de los pacientes con esquizofrenia. En otro estudio (17), los errores en la tarea AS se correlacionaron de manera significativa con la aparición de errores de perseveración en el WCST, tanto por parte de los controles como por parte de los pacientes con esquizofrenia. El rendimiento en las dos partes del Trail Making Test se correlacionó significativamente con la producción de errores en la tarea AS por parte de los pacientes con esquizofrenia, pero no por

parte de los controles. Otros dos test para el estudio del funcionamiento del lóbulo frontal, el test del golpeteo de los dedos y el Rey Auditory Verbal Learning Test, no se han asociado significativamente al rendimiento en la tarea AS en ninguno de los grupos. Karoumi y cols. (20) observaron que los errores detectados en el WCST se correlacionaban de forma significativa con la comisión de errores en la tarea AS por parte de los pacientes con esquizofrenia, pero no por parte de los controles sin trastornos psiquiátricos. Por el contrario, el rendimiento en el Stroop Test no se correlacionó con los errores en la tarea AS en ninguno de los grupos.

En un estudio efectuado por Snitz y cols. (27), las categorías alcanzadas en el WCST y los errores cometidos en la tarea de memoria espacial efectiva se correlacionaron significativamente en los pacientes con esquizofrenia y en los controles, pero los errores de perseveración detectados mediante el WCST y la memoria espacial efectiva sólo mostraron correlación entre sí en los controles. Los errores en la tarea AS no se correlacionaron con el rendimiento de la memoria espacial efectiva en ninguno de los grupos (no se presentaron los resultados relativos a la relación entre los errores en la tarea AS y el rendimiento en el WCST). Los autores señalaron que el subgrupo de pacientes esquizofrénicos que tuvo un rendimiento bajo tanto en la tarea AS como en la tarea de memoria espacial efectiva también mostró un rendimiento deficiente en la tarea de persecución tranquila así como un número escaso de categorías en el WCST, en comparación con otros pacientes esquizofrénicos del mismo grupo. Nieman y cols. (29) observaron que en los pacientes con esquizofrenia los errores en la tarea AS se correlacionaron significativamente con la memoria eficiente escasa, con la memoria espacial eficiente también escasa y con la alteración de la atención. Los errores en la tarea AS se correlacionaron de forma significativa con el rendimiento en el Stroop Test y en el Trail Making Test en los pacientes con esquizofrenia tratados con olanzapina, pero no en estos mismos pacientes tratados con risperidona. Gooding y Tallent (33) demostraron la existencia de una correlación significativa entre los errores en la tarea AS y el rendimiento en un test de memoria espacial efectiva en pacientes ambulatorios con esquizofrenia (así como en la muestra total constituida por pacientes con esquizofrenia y trastorno bipolar y por los controles). Manoach y cols. (34) observaron que los errores en la tarea AS no presentaron correlación significativa con los errores de perseveración determinados mediante el WCST.

Como resumen de lo expuesto, no se ha identificado ningún patrón constante de relación entre el rendimiento en la tarea AS y diversos test neuropsicológicos que determinan el funcionamiento del lóbulo frontal. Los objetivos de nuestro estudio han sido: a) evaluar grupos independientes de pacientes y controles mediante la realización de la tarea AS y mediante diversos parámetros neuropsicológicos que determinan la integridad cortical frontal, y b) abordar los problemas que plantea la determinación de la disfunción cerebral localizada en los pacientes con esquizofrenia, según los déficit observados en pacientes con trastornos neurológicos.

MÉTODO

Pacientes

En el grupo de estudio participaron 23 personas que cumplían los criterios DSM-IV para el diagnóstico de esquizofrenia o de trastorno esquizoafectivo (grupo EZ), mientras que en el grupo de control participaron 21 personas que no padecían alteraciones psiquiátricas (grupo CON). Estos grupos fueron a su vez subgrupos de otros grupos de mayor tamaño constituidos por pacientes con esquizofrenia y por pacientes de control cuyos datos respecto a la realización de la tarea AS ya habían sido publicados previa-

mente (35). Los pacientes del grupo EZ participaron durante un período medio de 9,6 meses (desviación estándar [DE] = 2,7) después de su hospitalización más reciente por motivos psiquiátricos. La duración media de su enfermedad era de 14,4 años (DE = 7,4) y la puntuación media que habían alcanzado en la Brief Psychiatric Rating Scale era de 43,2 (DE = 13,2), lo que indica la presencia de síntomas de intensidad moderada en el momento de realización de la prueba. Dos de los pacientes del grupo EZ no estaban recibiendo medicación psicotrópica. Uno de los pacientes sólo tomaba medicación ansiolítica, dos pacientes estaban recibiendo únicamente medicación eutimizante y 18 estaban tomando antipsicóticos. Menos dos de ellos, los 18 pacientes también recibían tratamiento con ansiolíticos, antidepresivos, eutimizantes o cualquier combinación de ellos. La dosis media diaria de la medicación antipsicótica en equivalentes de clorpromazina era de 423 mg (DE = 312,4). Las personas que participaron en el grupo de control y que no presentaban alteraciones psiquiátricas fueron reclutadas a través del departamento de medicina interna de un centro médico local. Se obtuvo el consentimiento informado por escrito tras la descripción detallada del estudio.

Los criterios generales de participación que se aplicaron a todos los participantes fueron: a) edad entre 18 y 55 años; b) ausencia de enfermedades del sistema nervioso central; c) ausencia de abuso o dependencia de sustancias en el momento actual, así como de antecedentes de ello durante el último año; d) cociente intelectual (CI) verbal estimado ≥ 80 , según el subtest de vocabulario de la Wechsler Adult Intelligence Scale-Revised; e) fluidez en el idioma inglés, y f) ausencia de discinesia tardía.

En todos los pacientes se llevó a cabo la Entrevista Clínica Estructurada del DSM-IV, edición del paciente (56), que fue efectuada por uno de cuatro profesionales con experiencia en este tipo de entrevista. Los controles que no padecían alteraciones psiquiátricas también fueron evaluados mediante la Entrevista estructurada para los síntomas esquizotípicos (57). Los síndromes del Eje I y los trastornos de la personalidad del espectro de la esquizofrenia recogidos en el Eje II y que cumplían los criterios del DSM-IV fueron asignados sobre el consenso establecido por cuatro clínicos que revisaron el material de la entrevista así como el resumen narrativo de la propia entrevista y las historias clínicas de las hospitalizaciones psiquiátricas previas. Las entrevistas y las evaluaciones diagnósticas fueron realizadas sin el conocimiento –por parte de los investigadores– del grupo al que pertenecía cada participante ni de los resultados de los hallazgos experimentales.

Los pacientes fueron excluidos del grupo CON si cumplían los criterios del DSM-IV para el diagnóstico de cualquier trastorno psicótico (a lo largo de su vida), de trastorno bipolar sin características psicóticas, o de trastorno de la personalidad esquizoide, esquizotípico o paranoide, y también si tenían antecedentes familiares de psicosis determinados a partir de una entrevista Family Informant Schedule and Criteria (58). En seis participantes del grupo CON se estableció el antecedente de una depresión mayor, y en uno de ellos se hizo el diagnóstico de trastorno de angustia sin agorafobia. Aunque los participantes del grupo CON podían presentar trastornos del Eje I, ninguno de ellos mostraba trastornos psicóticos o relacionados con la esquizofrenia, así como ningún familiar con cuadros psicóticos. Por tanto, se consideró que los controles «no mostraban afectación clínica» (es decir, no presentaban ningún trastorno relacionado con la esquizofrenia), pero que tampoco formaban un grupo control «puro» (36,59-62).

En el grupo EZ hubo una proporción significativamente menor de mujeres que en el grupo CON (43 frente a 81 %, $\chi^2 = 5,02$, $gl = 1$, $p = 0,025$). No existieron diferencias entre ambos grupos con respecto a la edad ($36,5 \pm 7,3$ frente a $37,5 \pm 11,5$ años) ni en cuanto al CI verbal estimado ($104,3 \pm 11,9$ frente a $106,0 \pm 12,7$).

Procedimientos

Tarea antisacádica

Los movimientos oculares horizontales se registraron en una habitación oscura mediante reflexometría infrarroja. Las señales procedentes de los fotodetectores fueron digitalizadas a una frecuencia de 1 KHz. Los sensores y los diodos emisores de luz infrarroja en miniatura, que estaban situados en la montura de unas gafas especiales, fueron alineados de manera específica para cada paciente. El movimiento de la cabeza fue minimizado mediante una barra de mordedura hecha a medida a partir de la impresión dentaria de cada paciente. La posición de los ojos se calibró en intervalos de 3° hasta $\pm 12^\circ$. El parpadeo fue detectado mediante una señal vertical. Las calibraciones se realizaron al inicio de cada sesión de prueba y, de nuevo, tras cada interrupción en la que el participante separó su boca de la barra de mordedura. Los estímulos se presentaron en un monitor de color colocado a 56 cm enfrente del participante. Los datos fueron obtenidos y analizados mediante un programa informático diseñado a medida.

El objetivo fue un círculo de color rosado que mantenía un ángulo visual de $1,5^\circ$. Uno de los círculos contenía el objetivo colocado en el centro de la pantalla durante un período de 2.000 ms, seguido de su desaparición súbita con aparición simultánea del objetivo a 8° a la derecha o la izquierda del centro durante un período de 2.000 ms, seguido del retorno del círculo objetivo a la parte central, lo que indicaba el comienzo del ciclo siguiente. El objetivo se desplazaba hacia la izquierda o la derecha de una manera casi aleatoria y cada dirección de desplazamiento se presentó un número igual de veces. Los participantes efectuaron dos ensayos de práctica con cuatro ciclos cada uno y dos ensayos de prueba con ocho ciclos cada uno. Cada grupo de ocho ensayos duraba 32 segundos, separado por una pausa breve. El primer ensayo de cada grupo fue desechado, lo que hizo que sólo se incluyeran en los análisis los resultados obtenidos en 14 ensayos. Los participantes recibieron instrucciones para mirar al objetivo cuando éste aparecía en el centro de la pantalla y después para mirar lo más rápidamente posible y aproximadamente a la misma distancia del centro en la dirección opuesta a la del movimiento del objetivo. Así, cuando el objetivo se desplazaba hacia la derecha, el participante tenía que mirar hacia la izquierda y a una distancia similar del centro. Cuando el objetivo volvía al centro, el participante debía seguirlo hasta esta localización. Se utilizaron las tres siguientes variables dependientes de medición: a) el porcentaje (%) de puntuación de error, calculado como el número de errores/número de ciclos válidos (se consideró un error cuando el participante miraba hacia el objetivo en vez de mirar hacia el lado opuesto); b) la simetría de los porcentajes de las puntuaciones de error (la diferencia entre los errores en la tarea AS cometidos cuando el objetivo aparecía por la izquierda y los errores correspondientes cuando lo hacía por la derecha); c) el porcentaje de la puntuación de error corregida, calculado según el número de errores corregidos/número total de errores. Se consideró que un error había sido corregido cuando un movimiento sacádico efectuado hacia el objetivo situado en la periferia se continuó con una tarea antisacádica para corregir la localización antes de que el objetivo volviera al centro. Los ciclos fueron considerados nulos -y, por tanto, eliminados del análisis- cuando el participante efectuó un movimiento sacádico inmediatamente antes de que se desplazara el objetivo (un movimiento ocular de anticipación) y también cuando el participante realizó un parpadeo inmediatamente antes o después de que se desplazara el objetivo.

Pruebas neuropsicológicas

Se realizaron dos pruebas que se consideran generalmente sensibles para la detección de la integridad de la corteza frontal (63-65): el WCST y el Stroop Color-Word Interference Test.

El WCST (66) fue realizado según el método propuesto por Milner (63). A los participantes se les dio un mazo de 64 cartas y se les pidió que juntaran cada carta de prueba con una de cuatro cartas de estímulo. Se les dio un segundo mazo de 64 cartas tras determinar los principios de clasificación con objeto de garantizar que los errores de clasificación no se debían a la falta de comprensión de la tarea (65). Las dos variables dependientes fueron el número de errores de perseveración y el número de categorías de clasificación conseguidas con el segundo mazo de cartas.

El Stroop Test (67,68) está diseñado para establecer las tendencias en la respuesta de competición y para evaluar la capacidad de supresión de los estímulos de interferencia. Esta tarea tiene tres partes: a) denominación de colores (indicar el color de una serie de rectángulos elegidos al azar, de manera que cada rectángulo es de uno de cuatro colores diferentes: rojo, azul, verde o amarillo), b) lectura de palabras (lectura de palabras impresas en color negro y ordenadas al azar) y c) interferencia (INTF) (indicar el color en el que aparecen palabras que están impresas en un color distinto al que indican, p. ej., la palabra *azul* aparece impresa en rojo). La tarea de denominación de colores condiciona la tendencia a responder al color y la tarea de lectura de palabras condiciona la tendencia a la respuesta frente a las palabras leídas. La tarea de INTF requiere que el paciente inhiba la respuesta aprendida y de competencia al leer la palabra que indica un color para que, en vez de ello, señale el color con el que la palabra aparece impresa. El efecto de la tarea de INTF es la diferencia de tiempo entre las tareas de denominación del color y de INTF.

Métodos estadísticos

Dado que ninguna de las variables dependientes presentaba distribución normal, las comparaciones entre los grupos se realizaron mediante el Test de la Suma de Rangos de Wilcoxon (WZ). La simetría de los porcentajes de las puntuaciones de error en cada grupo fue determinada mediante el Test de los Rangos Definidos de Wilcoxon (WT).

RESULTADOS

Tarea antisacádica

Los participantes del grupo EZ cometieron un número significativamente mayor de errores que los del grupo CON ($WZ = -2,0$, $p = 0,04$). Ninguno de los grupos mostró una asimetría significativa en el porcentaje de la puntuación de error (grupo CON: $WT = 25$, $p > 0,33$; grupo EZ: $WT = -9$, $p > 0,71$), y tampoco se observó entre los grupos una diferencia en la simetría de los errores ($WZ = -0,80$, $p > 0,40$). Todos los participantes corrigieron virtualmente todos los errores y no se observó una diferencia entre los grupos en este sentido ($WZ = 1,36$, $p = 0,2$). El promedio de corrección de errores fue del 94,6% en el grupo EZ y del 100% en el grupo CON. En la tabla 1 aparecen los datos estadísticos descriptivos relativos a las variables dependientes.

Pruebas neuropsicológicas

En comparación con el grupo CON, en el grupo EZ se alcanzó un número significativamente menor de categorías ($WZ = 2,82$, $p = 0,005$) y se produjo un número significativamente mayor de perseveraciones ($WZ = -3,1$, $p = 0,002$) en el WCST. La tarea de INTF determinada mediante el Stroop Test tuvo un efecto significativamente mayor en los pacientes del grupo EZ que en los del grupo CON ($WZ = -2,4$, $p = 0,02$).

Tabla 1 Resultados de la tarea antisacádica y de las pruebas neuropsicológicas en pacientes con esquizofrenia y en individuos sanos de control sin alteraciones psiquiátricas

	Porcentaje de puntuación de error en la tarea antisacádica	Errorres de perseveración (WCST)**	Categorías alcanzadas (WCST)***	Puntuación de interferencia en el Stroop Test (seg)****
Pacientes (n = 23)	45,1 ± 30,2 [50,0] D: 46,6 ± 34,6 [50] I: 42,8 ± 30,3 [33,3]	6,6 ± 6,8 [4] (n = 22)	3,7 ± 1,4 [4] (n = 22)	75,7 ± 43,6 [61] (n = 21)
Controles (n = 21)	25,7 ± 21,3 [21,4] D: 23,7 ± 21,6 [12,5] I: 28,6 ± 27,0 [16,7]	2,5 ± 3,9 [1,5] (n = 20)	4,8 ± 0,56 [5] (n = 20)	50,6 ± 13,8 [49,5] (n = 20)

Los resultados se expresan en forma de media ± DE [mediana]

WCST, Wisconsin Card Sorting Test; D, los objetivos aparecen a la derecha del centro; I, los objetivos aparecen a la izquierda del centro

*Número de errores de perseveración significativamente mayor en los pacientes que en los controles (WZ = -2,0, p = 0,04)

**Número de errores de perseveración significativamente mayor en los pacientes que en los controles (WZ = -3,1, p = 0,002)

***Número de categorías alcanzadas significativamente menor en los pacientes que en los controles (WZ = 2,82, p = 0,005)

****Efecto significativamente mayor de la tarea de interferencia en los pacientes que en los controles (WZ = -2,4, p = 0,02)

Correlación entre el rendimiento en la tarea antisacádica y el resultado de las pruebas neuropsicológicas

Tanto en los pacientes del grupo EZ (rho de Spearman = 0,45, p = 0,04, n = 21) como en los del grupo CON (rho de Spearman = 0,49, p = 0,03, n = 20), los errores en la tarea AS se correlacionaron significativamente con la puntuación INTF obtenida en el Stroop Test. Por el contrario, los errores en la tarea AS no se correlacionaron de forma significativa con las categorías alcanzadas (grupo EZ: rho de Spearman = -0,14, p = 0,54, n = 22; grupo CON: rho de Spearman = 0,17, p = 0,47, n = 20) ni con los errores de perseveración en el WCST (grupo EZ: rho de Spearman = 0,10, p = 0,65, n = 22; grupo CON: rho de Spearman = 0,19, p = 0,43, n = 20) en ninguno de los grupos. Se observó el mismo patrón de resultados al considerar en conjunto a todos los participantes: los errores en la tarea AS se correlacionaron significativamente con la tarea de INTF del Stroop Test (rho de Spearman = 0,53, p = 0,0003, n = 41), pero no con las categorías alcanzadas (rho de Spearman = -0,11, p = 0,48, n = 42) ni con los errores de perseveración (rho de Spearman = 0,27, p = 0,08, n = 42). En ambos grupos y también en los grupos combinados los errores de perseveración se correlacionaron de forma significativa con las categorías alcanzadas en el WCST (grupo EZ: rho de Spearman = -0,70, p = 0,0003, n = 22; grupo CON: rho de Spearman = -0,57, p = 0,009, n = 20; grupo combinado: rho de Spearman = -0,71, p = 0,001, n = 42). Las únicas correlaciones significativas observadas aparte de las anteriores fueron entre la tarea de INTF del Stroop Test y las categorías alcanzadas (rho de Spearman = -0,61, p = 0,003, n = 21) y los errores de perseveración (rho de Spearman = 0,52, p = 0,01, n = 21), tanto en el grupo EZ como en el grupo combinado (rho de Spearman = -0,52, p = 0,0006, n = 40; rho de Spearman = 0,54, p = 0,003, n = 40, respectivamente).

DISCUSIÓN

En este estudio se han obtenido dos resultados destacables. El primero se refiere a la reproducción de los resultados obtenidos con la tarea AS, con el WCST y con el Stroop Test en los pacientes del grupo EZ. El segundo es la relación entre los errores en la tarea AS y el rendimiento entre las dos pruebas neuropsicológicas. A continuación se van a detallar estos resultados y las características del déficit que representan los errores en la realización de la tarea AS por parte de los pacientes con esquizofrenia, y se comparan las características del rendimiento bajo de los pacientes esquizofrénicos con el de los pacientes que presentan atrofia frontal de origen neurológico.

Esquizofrenia, errores antisacádicos y rendimiento en las pruebas neuropsicológicas

En nuestro estudio se ha observado que los pacientes del grupo EZ efectuaron un número significativamente mayor de errores (45,1 % en la tarea AS) en comparación con los pacientes del grupo CON (25,7 %), lo que reproduce los resultados obtenidos en todos los demás estudios publicados en la literatura (v. la introducción). Los pacientes de los grupos EZ y CON realizaron la corrección del 94 y el 100 % de los errores, respectivamente. Todos estos resultados obtenidos en la tarea AS son congruentes con los observados en el grupo de mayor tamaño a partir del cual se seleccionaron los subgrupos que participaron en nuestro estudio (35). En ninguno de los grupos se detectó asimetría en la puntuación de error, y la magnitud de la asimetría no presentó diferencias entre ellos. En los grupos de mayor tamaño constituidos por pacientes con esquizofrenia (n = 50) y participantes de control (n = 49) a partir de los cuales se constituyeron los subgrupos de este estudio tampoco se observó una asimetría significativa (grupo EZ: 1,7 ± 29,0; grupo CON: 5,3 ± 22,5; WZ = 0,54, p > 0,59). Tampoco se observó una asimetría significativa en los 98 familiares en primer grado de los pacientes con esquizofrenia (-1,7 ± 24). Sólo en dos de los 11 estudios sobre pacientes esquizofrénicos en los que se ha evaluado la asimetría en la tasa de error (1,2,4,7-9,13,15,16,20, y el estudio presente) se ha observado ésta en los pacientes con esquizofrenia (8,13).

Los resultados de los test neuropsicológicos aplicados en el estudio presente son también congruentes con la abundante literatura en la que se demuestra que los pacientes esquizofrénicos muestran un rendimiento peor que los controles. De manera específica, en lo relativo al WCST y en comparación con los participantes de control, los pacientes con esquizofrenia efectuaron más errores de perseveración, alcanzaron menos categorías o mostraron ambos resultados (34,69-73). En el Stroop Test, la tarea de INTF tuvo un efecto significativamente mayor en los pacientes esquizofrénicos que en los controles (74-78). Sin embargo, es interesante la interrelación entre estos parámetros. Los dos parámetros del WCST se correlacionaron fuertemente entre sí (rho = 0,71) y también con la tarea de INTF determinada mediante el Stroop Test (rho = -0,52 para las categorías alcanzadas; rho = 0,54 para los errores de perseveración) en los grupos de combinación. Sin embargo, ninguno de los parámetros del WCST se correlacionó significativamente con la puntuación de error en la tarea AS en ninguno de los grupos, a pesar de que cada parámetro determinado individualmente indicó un rendimiento de carácter disfuncional en el grupo EZ. Por otra parte, la conversión del parámetro INTF en el Stroop Test se correlacionó de manera significativa

con la puntuación en la tarea AS ($\rho = 0,53$), explicando un 28 % de la variancia.

Relación entre la tarea antisacádica y el rendimiento en las pruebas neuropsicológicas

Si la tarea de INTF en el Stroop Test, los errores de perseveración y las categorías alcanzadas en el WCST, así como la inhibición de los movimientos sacádicos reflejos en la tarea AS, son parámetros todos ellos que reflejan un proceso común relacionado con la disfunción cortical frontal, podríamos esperar la existencia de un patrón de intercorrelación significativa entre todas estas variables. Este resultado no se ha demostrado en nuestro estudio, lo que es congruente con lo observado en algunos de los estudios publicados, pero no en otros (v. la introducción).

Desde un punto de vista fenomenológico, podríamos inferir que el proceso común reflejado en la asociación significativa existente entre el porcentaje de la puntuación de error y el efecto de la tarea de INTF es la inhibición de las respuestas preestablecidas. Sin embargo, el patrón inconstante de asociación entre el rendimiento en la tarea AS y los diferentes parámetros de los test neuropsicológicos respecto a la integridad cortical prefrontal sugiere que ni la fenomenología de estas tareas ni el concepto de «integridad cortical frontal» reflejan un proceso unitario. Por ejemplo, la puntuación del error de perseverancia también podría reflejar la capacidad de inhibición de las respuestas preestablecidas y, aunque esta puntuación se ha correlacionado con el efecto de la tarea INTF, no lo ha sido con el porcentaje de errores ni en los pacientes esquizofrénicos ni en toda la muestra. El número de categorías alcanzadas en el WCST es una consecuencia secundaria de la inhibición de las tendencias a la respuesta de competición (es decir, de no perseveración) y este número también se correlacionó con el efecto de la INTF pero no con el porcentaje de errores en los pacientes de la muestra combinada.

¿Qué refleja el déficit en el rendimiento de la tarea antisacádica?

Un factor que puede contribuir al patrón no sistemático de intercorrelaciones entre estas tareas (tanto en nuestro estudio como en otros publicados en la literatura) es el hecho de que todos son complejos desde el punto de vista cognitivo. Cada tarea requiere que el participante siga unas normas complicadas que obligan a la realización correcta de una secuencia de comportamientos. La capacidad para inhibir las respuestas preestablecidas es sólo uno de los diversos comportamientos necesarios para realizar correctamente cada tarea. Consideremos la tarea AS como ejemplo. Como mínimo, requiere la capacidad de fijar un objetivo, de inhibir un movimiento sacádico reflejo hacia el objetivo que acaba de aparecer, de generar un movimiento ocular voluntario (el movimiento antisacádico) hacia la periferia opuesta, de realizar estos tres comportamientos seguidos, de mantener la atención, de recordar los requerimientos de la tarea, de mantener la tarea en su conjunto y de hacer todos estos comportamientos de manera repetida. Esta complejidad queda reflejada en los resultados obtenidos mediante resonancia magnética y mediante estudios electrofisiológicos tanto en seres humanos como en primates no humanos, en los que se demuestra que para el rendimiento *global* en la tarea AS es necesaria la implicación de redes que afectan a numerosas regiones cerebrales; entre estas redes están la activación significativa de los campos oculares frontales, de los campos oculares suplementarios, del área motora suplementaria, de las corteza parietales posterior y superior, de la circunvolución del cuerpo calloso anterior, de la CPFDL, de la ínsula, de los ganglios basales, del tálamo y del tubérculo cuadrigémino superior (79-92). Sin embargo, en la actua-

lidad, no sabemos cuáles son las regiones cerebrales que están implicadas de manera crítica en cada parte específica de la realización de la tarea AS, en la realización secuencial de estas acciones y en su realización repetida. Por ejemplo, aunque la CPFDL ha sido implicada en la inhibición sacádica en estudios realizados sobre grupos de pacientes y sobre primates no humanos con afectación cerebral (38,39,93), los estudios de imagen no han confirmado de manera constante la existencia de alteraciones en la activación de esta región cuando se realiza la tarea AS (v. lo ya señalado). Se han observado incongruencias similares respecto a los campos oculares frontales y a los campos oculares suplementarios, tanto en estudios sobre pacientes como en estudios de imagen funcional (38,39,81,83,94-97). Además, la corteza de la circunvolución del cuerpo calloso anterior ha sido implicada en la inhibición de las respuestas preestablecidas en varios aspectos del comportamiento (96,98). Es interesante considerar en este punto que en dos tareas tan sencillas como el levantamiento de un dedo de la mano que recibe un estímulo táctil y el levantamiento de un dedo concreto que no es el que recibe el estímulo táctil, las regiones cerebrales que sufren activación son diferentes: en el segundo caso se activan la circunvolución del cuerpo calloso anterior y la CPFDL, pero en el primero no tiene lugar esta activación (99). Por tanto, no es un hecho inesperado que las tareas AS, INTF del Stroop Test y del WCST, que son mucho más complejas desde el punto de vista cognoscitivo, reflejen patrones complejos de activación en el cerebro.

La tarea antisacádica: revisión de la localización frontal

En la discusión que sigue a continuación vamos a revisar la interpretación de que la tarea AS indica la disfunción frontal. De manera indudable, se pueden plantear consideraciones similares respecto a las tareas recogidas en el WCST y en el Stroop Test, así como respecto a cualquier tarea compleja desde un punto de vista conductual, aunque a continuación nos vamos a referir a la tarea AS. En pacientes neurológicos se han publicado dos estudios importantes relativos al rendimiento de la tarea AS, los estudios de Guitton y cols. (38) y de Pierrot-Deseilligny y cols. (39); ambos estudios constituyen una fuente extraordinaria de información acerca del comportamiento oculomotor y clínico en los respectivos grupos de pacientes estudiados. Es útil evaluar la intensidad con la que los patrones de rendimiento AS anómalo descritos en estos dos estudios se parecen al rendimiento bajo de los pacientes esquizofrénicos al realizar la tarea AS, dado que la similitud en los déficit de rendimiento entre los pacientes neurológicos con patología frontal y los pacientes esquizofrénicos ha constituido el fundamento para inferir una disfunción cerebral localizada en la esquizofrenia.

Guitton y cols. aplicaron la tarea AS a 10 pacientes que dos semanas antes habían sido intervenidos quirúrgicamente para la extirpación unilateral de tejido en la parte dorsolateral-medial de la corteza frontal debido a cuadros de epilepsia sin respuesta a tratamiento (otros siete pacientes adicionales con atrofia frontal fueron evaluados 1-23 años después de la intervención). Los resultados obtenidos en estos diez pacientes «frontales» recién intervenidos fueron comparados con los obtenidos en siete pacientes en los que dos semanas antes se había realizado una «extirpación localizada del lóbulo temporal», también debido a cuadros epilépticos sin respuesta a tratamiento, así como con los obtenidos en nueve controles neurológicamente sanos. Sólo los pacientes con zonas probables de lesión de la corteza frontal presentaron alteraciones en la realización de la tarea AS. Los autores describieron los «efectos específicos e inespecíficos de las lesiones frontales». Atribuyeron la capacidad de inhibición de los movimientos sacádicos reflejos –el error en la tarea AS– a la integridad de las áreas frontales dorsolateral y medial, así como la ca-

pacidad de efectuar la corrección antisacádica a la integridad de los campos oculares frontales y del área motora suplementaria.

Guitton y cols. (38) describieron tres patrones de rendimiento bajo en la tarea AS. El primer patrón fue observado en cuatro pacientes con lesiones probables en los campos oculares frontales, en el área motora suplementaria o en ambos, y consistió en la aparición de déficit bilaterales intensos. Las tasas de error oscilaron entre aproximadamente el 66 y el 100 %, con independencia si el objetivo se presentaba por el lado ipsilateral o el lado contralateral a la lesión. Los aspectos principales de este patrón fueron: a) una alteración profunda en la capacidad de inhibición de los movimientos sacádicos reflejos respecto al objetivo, b) la rareza de la corrección de los errores en los movimientos sacádicos reflejos, c) la tarea AS hipométrica observada en ocasiones aisladas cuando los pacientes realizaron una tarea AS, con interrupción del movimiento en la línea media sin localización de la imagen especular en la periferia opuesta, y d) cuando los pacientes miraban hacia la localización correcta respecto al movimiento antisacádico, siempre lo hicieron después de que dicha localización hubiera sido iluminada; es decir, efectuaron un movimiento sacádico bajo control visual, no un movimiento sacádico voluntario. Es destacable el hecho de que no todos los pacientes con una afectación prefrontal intensa (incluyendo la CPFDL) mostraron un incremento en los movimientos reflejos de mirada hacia el objetivo. Por ejemplo, un paciente que fue evaluado 23 años después de una «extirpación casi total del lóbulo prefrontal» pudo suprimir el movimiento reflejo de mirada «mejor de lo normal», pero no pudo realizar una tarea AS. El patrón de disminución del rendimiento que se acaba de describir difiere del observado en los pacientes con esquizofrenia (y con otras enfermedades psiquiátricas). Cuando los pacientes esquizofrénicos muestran un rendimiento bajo, tienen más errores de tipo reflejo, muestran una lentitud mayor para realizar una tarea AS correcta o ambas posibilidades, en comparación con el grupo de control. Las tasas de errores no son característicamente de la magnitud observada por Guitton y cols. (38). Además, los pacientes con esquizofrenia efectúan de manera espontánea la corrección de los errores, un dato que se utiliza habitualmente para inferir que estos pacientes comprenden las exigencias de la tarea. Además, los errores en la tarea AS corregidos y no corregidos no son hipométricos ni están inducidos visualmente. Así, el primer patrón de alteraciones del rendimiento en la tarea AS por parte de los pacientes frontales evaluados por Guitton y cols. (38) no es equiparable al patrón que se observa en los pacientes con esquizofrenia.

El segundo patrón consiste en la aparición de asimetrías en la tasa de error (aparecen más errores cuando el objetivo se presenta por el lado contralateral al de la lesión). Se observaron asimetrías intensas en dos pacientes, con tasas de error de aproximadamente el 60-80 % cuando el objetivo se presentó por el lado contralateral a la lesión. También se observaron asimetrías débiles en dos pacientes; Guitton y cols. consideraron que el rendimiento de estos pacientes fue «básicamente normal». Las asimetrías en la tasa de error tampoco son características del rendimiento de los pacientes esquizofrénicos al efectuar la tarea AS, tal como ya se ha señalado.

El tercer patrón, que se observó en dos de los pacientes de Guitton, fue el de un incremento bilateral débil en los errores sacádicos reflejos. Este patrón detectado por Guitton y cols. es el que tiene una similitud mayor con el observado en pacientes esquizofrénicos, en sus familiares y en pacientes con otras enfermedades psiquiátricas.

Pierrot-Deseilligny y cols. (39) compararon los resultados obtenidos en 20 controles neurológicamente sanos con los determinados en pacientes con infarto unilateral en la corteza parietal posterior ($n = 10$) o en alguna de tres regiones frontales como el área motora suplementaria ($n = 9$), el área de los campos oculares frontales ($n = 10$) y la CPFDL ($n = 16$). Estos pacientes fueron evaluados 17 días después de que tuviera lugar el infarto. Sólo en los pa-

cientes con infarto de la CPFDL se observó una tasa de error significativamente mayor que la detectada en los controles. Se acepta de manera genérica que la especificidad de una tasa de error elevada en los pacientes con infarto de la CPFDL apoya dos formas de inferencia; en primer lugar, que esta región controla la capacidad para inhibir los movimientos sacádicos reflejos, y en segundo lugar que la elevada tasa de error que muestran los pacientes esquizofrénicos al realizar la tarea AS se debe a una disfunción en la CPFDL.

Los datos obtenidos en los pacientes con infarto de la CPFDL revelan dos patrones de rendimiento bajo que se observan en todos los pacientes con afectación de esta corteza: a) un incremento bilateral muy marcado en la tasa de error (aproximadamente desde el 50 hasta casi el 100 %) y b) una asimetría muy intensa en la tasa de error. Tal como ya se ha señalado, ninguno de estos patrones es característico del que presentan los pacientes esquizofrénicos. Según los resultados obtenidos con estas comparaciones, la conclusión es que la evidencia de la existencia de déficit similares en los pacientes esquizofrénicos y en estos grupos de pacientes neurológicos con patología frontal y prefrontal no es muy sólida. Lo que es mucho más sorprendente es la ausencia de una especificidad cerebral regional respecto a las tasas elevadas de error en una amplia gama de procesos clínicos. Tras revisar los aspectos clínicos, las técnicas de imagen y los parámetros básicos relativos a la tarea AS, Everling y Fischer (100) concluyeron que hay una «... falta de certeza sobre cuáles son las estructuras cerebrales implicadas en la realización de los movimientos antisacádicos ... A pesar de la elevada sensibilidad de la tarea AS, su especificidad respecto a la presencia de una enfermedad o a la localización de la estructura cerebral afectada puede ser baja ... Aunque muchos autores tienden a interpretar los fallos en la tarea AS como una indicación de afectación frontal o prefrontal, la revisión de los diferentes componentes que deben permanecer intactos para que sea posible la realización adecuada de la tarea AS demuestra que esta conclusión puede ser prematura o incluso errónea».

Vamos a comparar a continuación los resultados obtenidos por Guitton y cols. (38) y por Pierrot-Deseilligny y cols. (39). En el estudio de Guitton y cols., las alteraciones más intensas en la tarea AS se observaron en los pacientes con lesiones en los campos oculares frontales y en el área motora suplementaria. Por el contrario, en el estudio de Pierrot-Deseilligny y cols. los pacientes con infarto en estas regiones no presentaron una tasa de error distinta de los controles y tampoco mostraron los patrones de déficit bilateral intenso o débil descritos por Guitton y cols. Además, Pierrot-Deseilligny y cols. determinaron el fracaso en la corrección de los errores o la incapacidad de generación del movimiento antisacádico. Por otra parte, tras el análisis de sus datos, la característica más prominente de la tarea AS realizada por los pacientes con infarto en el área motora suplementaria, en los campos oculares frontales y en la corteza parietal posterior fue una asimetría leve a moderada en la tasa de error. Por tanto, estos hallazgos indican que en los pacientes que realizan la tarea AS la patología del sistema nervioso central con afectación de varias regiones cerebrales específicas se manifiesta a través de una asimetría en la tasa de error y de un incremento bilateral en la propia tasa de error.

Es difícil explicar las diferencias entre los hallazgos de Guitton y cols. y los de Pierrot-Deseilligny y cols. Las diferencias en la metodología pueden ser un factor. Las diferencias clínicas entre los pacientes evaluados en ambos estudios también pueden explicar el hecho de que los pacientes analizados por Guitton y cols. presentaron déficit mucho más profundos en la realización de la tarea AS que los pacientes estudiados por Pierrot-Deseilligny y cols.

Hay que destacar el hecho de que el tamaño pequeño de una muestra limita su potencia estadística para detectar diferencias significativas entre los grupos, a menos que el tamaño del efecto sea muy grande, tal como ocurrió claramente en los pacientes con afectación de la CPFDL evaluados por Pierrot-Deseilligny y cols.

No podemos descartar la posibilidad de que los pacientes con infarto en el área motora suplementaria, en los campos oculares posteriores o en la corteza parietal posterior presentaran diferencias respecto a los controles en lo relativo a la tasa de error, dada la escasa potencia estadística que acompaña a las muestras de tamaño muy pequeño (4-6 participantes por grupo).

Tras el análisis de los estudios más importantes sobre la realización de la tarea AS por parte de pacientes con enfermedades neurológicas, nuestra conclusión es que las características de la tarea AS realizada por pacientes esquizofrénicos son en su mayor parte distintas de las observadas en los grupos de pacientes neurológicos evaluados por Guitton y cols. y por Pierrot-Deseilligny y cols. En efecto, los pacientes esquizofrénicos muestran el patrón descrito en la sección de resultados de este artículo: un número moderado de errores en la tarea AS, casi todos ellos corregidos de manera espontánea y no asociados a asimetría lateral significativa.

En resumen, la tarea AS y las distintas pruebas neuropsicológicas intervienen en funciones psicológicas complejas y en distintos aspectos del comportamiento. Desde un punto de vista fenomenológico, cada tarea requiere que la persona que la realiza inhiba una respuesta preespecificada, aunque obviamente éste no es el único comportamiento implicado en la realización adecuada de estas tareas. El bajo rendimiento de los pacientes esquizofrénicos en la realización de estas tareas indica la disminución en la capacidad de inhibición de una respuesta preespecificada. En el caso de la tarea AS el problema es la falta de inhibición de la tendencia a realizar un movimiento sacádico guiado visualmente. En el caso de la puntuación INTF del Stroop Test es la falta de inhibición de la tendencia más habitual a leer la palabra que indica el color más que a denominar el color con el que la palabra aparece impresa. Además, es destacable el hecho de que los pacientes esquizofrénicos pueden realizar de manera correcta la tarea AS y también pueden corregir sus errores en el Stroop Test. El patrón imperfecto e inconstante de interrelaciones entre estas tareas indica que no afectan sólo a una función unitaria. La complejidad de estas tareas requiere que su evaluación se lleve a cabo a partir de sus componentes más sencillos, con objeto de determinar las alteraciones funcionales que existen en la esquizofrenia (22,101,102). En nuestro estudio, queremos llamar la atención acerca de las diferencias en el patrón de errores que muestran al realizar la tarea AS los pacientes con esquizofrenia y los pacientes con alteraciones demostradas en el sistema nervioso central.

Agradecimientos

Este estudio ha sido financiado en parte, por ayudas del NIMH (RO1 MH49487, RO1 MH31340, P01 MH31154 y KO5 MH01021) y por una ayuda de la Roy Hunt Foundation. Los autores quieren dar las gracias a los participantes, a la Sra. Nancy Maxwell y a la Sra. Olga Kratoshevsky, por haber hecho posible este estudio.

World Psychiatry 2004; 1: 32-40

Bibliografía

1. Fukushima J, Fukushima K, Chiba T et al. Disturbances of voluntary control of saccadic eye movements in schizophrenic patients. *Biol Psychiatry* 1988;23:670-7.
2. Fukushima J, Morita N, Fukushima K et al. Voluntary control of saccadic eye movements in patients with schizophrenic and affective disorders. *J Psychiatr Res* 1990;24:9-24.
3. Fukushima J, Fukushima K, Morita N et al. Further analysis of the control of voluntary saccadic eye movements in schizophrenic patients. *Biol Psychiatry* 1990;28:943-58.
4. Fukushima J, Fukushima K, Miyasaka K et al. Voluntary control of saccadic eye movement in patients with frontal cortical lesions and parkinsonian patients in comparison with that in schizophrenics. *Biol Psychiatry* 1994;36:21-30.
5. Thaker GK, Nguyen JA, Tamminga CA. Increased saccadic distractibility in tardive dyskinesia: functional evidence for subcortical GABA dysfunction. *Biol Psychiatry* 1989;25:49-59.
6. Rosse RB, Schwartz BL, Kim SY et al. Correlation between antisaccade and Wisconsin Card Sorting Test performance in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1993;150:333-5.
7. Clementz BA, McDowell JE, Zisook S. Saccadic system functioning among schizophrenia patients and their first-degree relatives. *J Abnorm Psychol* 1994;103:277-87.
8. Matsue Y, Saito H, Osakabe K et al. Smooth pursuit eye movements and voluntary control of saccades in the antisaccades task in schizophrenic patients. *Jpn J Psychiatry Neurol* 1994;48:13-22.
9. Crawford TJ, Haegar B, Kennard C et al. Saccadic abnormalities in psychotic patients. I. Neuroleptic-free psychotic patients. *Psychol Med* 1995;25:461-71.
10. Crawford TJ, Haegar B, Kennard C et al. Saccadic abnormalities in psychotic patients. II. The role of neuroleptic treatment. *Psychol Med* 1995;25:473-83.
11. Crawford TJ, Sharma T, Puri BK et al. Saccadic eye movements in families multiply affected with schizophrenia: the Maudsley family study. *Am J Psychiatry* 1998;155:1703-10.
12. Sereno AB, Holzman PS. Antisaccades and smooth pursuit eye movements in schizophrenia. *Biol Psychiatry* 1995;37:394-401.
13. Allen JS, Lambert AJ, Attah Johnson FY et al. Antisaccadic eye movements and attentional asymmetry in schizophrenia in three Pacific populations. *Acta Psychiatr Scand* 1996;94:258-65.
14. Tien AY, Ross DE, Pearlson G et al. Eye movements and psychopathology in schizophrenia and bipolar disorder. *J Nerv Ment Dis* 1996;184:331-8.
15. Katsanis J, Kortenkamp S, Iacono WG et al. Antisaccade performance in patients with schizophrenia and affective disorder. *J Abnorm Psychol* 1997;106:468-72.
16. McDowell JE, Clementz BA. The effect of fixation condition manipulations on antisaccade performance in schizophrenia: studies of diagnostic specificity. *Exp Brain Res* 1997;115:333-44.
17. Radant AD, Claypoole K, Wingerson DK et al. Relationships between neuropsychological and oculomotor measures in schizophrenia patients and normal controls. *Biol Psychiatry* 1997;42:797-805.
18. Arolt V, Teichert H-M, Steege D et al. Distinguishing schizophrenic patients from healthy controls by quantitative measurement of eye movement parameters. *Biol Psychiatry* 1998;44: 448-58.
19. Hutton SB, Crawford TJ, Puri BK et al. Smooth pursuit and saccadic abnormalities in first-episode schizophrenia. *Psychol Med* 1998;28:685-92.
20. Karoumi B, Ventre-Dominey J, Vighetto A et al. Saccadic eye movements in schizophrenic patients. *Psychiatry Res* 1998;77:9-19.
21. Karoumi B, Saoud M, d'Amato T et al. Poor performance in smooth pursuit and antisaccadic eye-movement tasks in healthy siblings of patients with schizophrenia. *Psychiatry Res* 2001;101:209-19.
22. Levy DL, Mendell NR, LaVanher C et al. Disinhibition in antisaccade performance in schizophrenia. In: Lenzenweger MF, Dworkin R (eds). *Origins and development of schizophrenia: advances in experimental psychopathology*. Washington: American Psychological Association Press, 1998:185-210.
23. Maruff P, Danckert J, Pantelis C et al. Saccadic and attentional abnormalities in patients with schizophrenia. *Psychol Med* 1998;28:1091-100.
24. Ross RG, Harris JG, Olincy A et al. Familial transmission of two independent saccadic abnormalities in schizophrenia. *Schizophr Res* 1998;30:59-70.
25. McDowell JE, Myles-Worsley M, Coon H et al. Measuring liability

- ity for schizophrenia using optimized antisaccade stimulus parameters. *Psychophysiology* 1999;36:138-41.
26. Muller N, Riedel M, Eggert T et al. Internally and externally guided voluntary saccades in unmedicated and medicated schizophrenics. II. Saccadic latency, gain, and fixation suppression errors. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1999;249:7-14.
 27. Snitz BE, Curtis CE, Zald DH et al. Neuropsychological and oculomotor correlates of spatial working memory performance in schizophrenia patients and controls. *Schizophr Res* 1999;38:37-50.
 28. Straube A, Riedel N, Eggert T et al. Internally and externally guided voluntary saccades in unmedicated and medicated schizophrenics. I. Saccadic velocity. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1999;249:1-6.
 29. Nieman DH, Bour LJ, Linszen DH et al. Neuropsychological and clinical correlates of antisaccade task performance in schizophrenia. *Neurology* 2000;54:866-71.
 30. Brenner CA, McDowell JE, Cadenhead KS et al. Saccadic inhibition among schizotypal personality disorder subjects. *Psychophysiology* 2001;38:399-403.
 31. Curtis CE, Calkins ME, Grove WM et al. Saccadic disinhibition in patients with acute and remitted schizophrenia and their first-degree biological relatives. *Am J Psychiatry* 2001;158:100-6.
 32. Curtis CE, Calkins ME, Iacono WG. Saccadic disinhibition in patients and their first-degree biological relatives. *Exp Brain Res* 2001;137:228-36.
 33. Gooding DC, Tallent KA. The association between antisaccade task and working memory task performance in schizophrenia and bipolar disorder. *J Nerv Ment Dis* 2001;189:8-16.
 34. Manoach DS, Lindgren KA, Cherkasova MV et al. Schizophrenic subjects show deficient inhibition but intact task switching on saccadic tasks. *Biol Psychiatry* 2001;51:816-26.
 35. Brownstein J, Krastoshevsky O, McCollum C et al. Antisaccade performance in schizophrenia patients and their biological relatives. *Schizophr Res* 2003;63:13-25.
 36. Levy DL, O'Driscoll G, Matthyse S et al. Antisaccade performance in biological relatives of schizophrenia patients: a meta-analysis. Submitted for publication.
 37. Hallett PE. Primary and secondary saccades to goals defined by instructions. *Vision Res* 1978;18:1279-96.
 38. Guitton D, Buchtel HA, Douglas RM. Frontal lobe lesions in man cause difficulties in suppressing reflexive glances and in generating goal-directed saccades. *Exp Brain Res* 1985;58:455-72.
 39. Pierrot-Deseilligny C, Rivaud S, Gaymard B et al. Cortical control of reflexive visually-guided saccades. *Brain* 1991;114:1473-85.
 40. Leigh RJ, Newman SA, Folstein SE et al. Abnormal ocular motor control in Huntington's disease. *Neurology* 1983;33:1268-75.
 41. Lasker AG, Zee DS, Hain TC et al. Saccades in Huntington's disease: initiation defects and distractibility. *Neurology* 1987;37:364-70.
 42. Tian JR, Zee DS, Lasker AG et al. Saccades in Huntington's disease: predictive tracking and interaction between release of fixation and initiation of saccades. *Neurology* 1991;41:875-81.
 43. Pierrot-Deseilligny C, Rivaud S, Pillon B et al. Lateral visually-guided saccades in progressive nuclear palsy. *Brain* 1989;112:471-87.
 44. Blin J, Mazetti P, Mazoyer B et al. Does the enhancement of cholinergic neurotransmission influence brain glucose kinetics and clinical symptomatology in progressive supranuclear palsy? *Brain* 1995;118:1485-95.
 45. Crawford TJ, Henderson L, Kennard C. Abnormalities of nonvisually-guided eye movements in Parkinson's disease. *Brain* 1989;112:1573-86.
 46. Kitagawa M, Fukushima J, Tashiro K. Relationship between antisaccades and the clinical symptoms in Parkinson's disease. *Neurology* 1994;44:2285-9.
 47. Crevits L, De Ridder K. Disturbed striatoprefrontal mediated visual behaviour in moderate to severe parkinsonian patients. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1997;63:296-9.
 48. Briand KA, Strallow D, Hening W et al. Control of voluntary and reflexive saccades in Parkinson's disease. *Exp Brain Res* 1999;129:38-48.
 49. Lueck CJ, Tanyeri S, Crawford TJ et al. Antisaccades and remembered saccades in Parkinson's disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1990;53:284-8.
 50. Vidailhet M, Rivaud S, Gouder-Khouja N et al. Eye movements in parkinsonian syndromes. *Ann Neurol* 1994;35:420-6.
 51. Fletcher WA, Sharpe JA. Saccadic eye movement dysfunction in Alzheimer's Disease. *Ann Neurol* 1986;20:464-71.
 52. Currie J, Ramsden B, McArthur C et al. Validation of a clinical antisaccadic eye movement test in the assessment of dementia. *Arch Neurol* 1991;48:644-8.
 53. Shaunak S, Orrell RW, O'Sullivan E et al. Oculomotor function in amyotrophic lateral sclerosis: evidence for frontal impairment. *Ann Neurol* 1995;38:38-44.
 54. Merrill PT, Paige GD, Abrams RA et al. Ocular motor abnormalities in human immunodeficiency virus infection. *Ann Neurol* 1991;30:130-8.
 55. Johnston JL, Miller JD, Nath A. Ocular motor dysfunction in HIV-1-infected subjects – a quantitative oculographic analysis. *Neurology* 1996;46:451-7.
 56. Spitzer R, Williams J, Gibbon M et al. Structured Clinical Interview for DSM-IV – Patient edition. Washington: American Psychiatric Association, 1994.
 57. Kendler KS. Structured Interview for Schizotypal Symptoms (version 1.5). Richmond: Virginia Medical College, Department of Psychiatry, 1989.
 58. Mannuzza S, Fryer A, Endicott J et al. Family Informant Schedule and Criteria (FISC). New York: Anxiety Disorders Clinic, New York State Psychiatric Institute, 1985.
 59. Smith GN, Iacono WG. Lateral ventricular size in schizophrenia and choice of control group. *Lancet* 1986, i:1450.
 60. Tsuang MT, Fleming JA, Kendler KS et al. Selection of controls for family studies. Biases and implications. *Arch Gen Psychiatry* 1988;45:1006-8.
 61. Schwartz S, Link BG. The 'well control' artefact in case/control studies of specific psychiatric disorders. *Psychol Med* 1989;19:737-42.
 62. Kendler KS. The super-normal control group in psychiatric genetics: possible artifactual evidence for coaggregation. *Psychiatr Genet* 1990;1:45-53.
 63. Milner B. Effects of different brain lesions on card sorting: the role of the frontal lobes. *Arch Gen Neurol* 1963;9:90-100.
 64. Robinson AL, Heaton RK, Lehman RW et al. The utility of the Wisconsin Card Sorting Test in detecting and localizing frontal lobe lesions. *J Consult Clin Psychol* 1980;48:605-14.
 65. Stuss DT, Benson DF. Frontal lobe lesions and behavior. In: Kertesz A (ed). *Localization in neuropsychology*. New York: Academic Press, 1983:429-54.
 66. Heaton RK. *The Wisconsin Card Sorting Test (Manual)*. Odessa: Psychological Assessment Resources, 1981.
 67. Stroop JR. Studies of interference in serial verbal reactions. *J Exp Psychol* 1935;18:643-62.
 68. MacLeod C. Half a century of research on the Stroop effect: an integrative review. *Psychol Bull* 1991;109:163-203.
 69. Braff DL, Heaton R, Kuck J et al. The generalized pattern of neuropsychological deficits in outpatients with chronic schizophrenia with heterogeneous Wisconsin Card Sorting Test results. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48:891-8.
 70. Blanchard JJ, Neale JM. The neuropsychological signature of schizophrenia: generalized or differential deficit. *Am J Psychiatry* 1994;151:40-8.
 71. Sullivan EV, Mathalon DH, Zipursky RB et al. Factors of the Wisconsin Card Sorting Test as measures of frontal-lobe function in

- schizophrenia and chronic alcoholism. *Psychiatry Res* 1993;46:175-99.
72. Morice R, Delahunty A. Frontal/executive impairments in schizophrenia. *Schizophr Bull* 1996;22:125-37.
 73. Perry W, Braff DL. A multimethod approach to assessing perseverations in schizophrenia patients. *Schizophr Res* 1998;33:69-77.
 74. Otteson J, Holzman PS. Cognitive controls and psychopathology. *J Abnorm Psychol* 1976;85:125-35.
 75. Wysocki JJ, Sweet JI. Identification of brain-damaged, schizophrenic, and normal medical patients using a brief neuropsychological screening battery. *Int J Clin Neuropsychol* 1985;7:40-4.
 76. Schooler C, Nuemann E, Caplan LJ et al. A time course analysis of Stroop interference and facilitation: comparing normal and schizophrenic individuals. *J Exp Psychol* 1997;126:19-36.
 77. Barch DM, Carter CS, Hachten PC et al. The "benefits" of distractibility: mechanism underlying increased Stroop effects in schizophrenia. *Schizophr Bull* 1999;25:749-62.
 78. Cohen JD, Barch DM, Carter CS et al. Schizophrenic deficits in the processing of context: converging evidence from three theoretically motivated cognitive tasks. *J Abnorm Psychol* 1999;108: 20-133.
 79. Anderson TJ, Jenkins IH, Brooks DJ et al. Cortical control of saccades and fixation in man. A PET study. *Brain* 1994;117: 1073-84.
 80. Nakashima Y, Momose T, Sano I et al. Cortical control of saccade in normal and schizophrenic subjects: a PET study using a task-evoked rCBF paradigm. *Schizophr Res* 1994;12:259-64.
 81. O'Driscoll GA, Alpert NM, Matthyse SW et al. Functional neuroanatomy of antisaccade eye movements investigated with positron emission tomography. *Proc Natl Acad Sci* 1995;92: 925-9.
 82. Crawford TJ, Puri BK, Nijran KS et al. Abnormal saccadic distractibility in patients with schizophrenia: a 99mTc-HMPAO SPET study. *Psychol Med* 1996;26:265-77.
 83. Sweeney JA, Mintun MA, Kwee S et al. Positron emission tomography study of voluntary saccadic eye movements and spatial working memory. *J Neurophysiol* 1996;75:454-68.
 84. Doricchi F, Perani D, Incoccia C et al. Neural control of fast-regular saccades and antisaccades: an investigation using positron emission tomography. *Exp Brain Res* 1997;116:50-62.
 85. Muri RM, Heid O, Nirkko AC et al. Functional organization of saccades and antisaccades in the frontal lobe in humans: a study with echo planar functional magnetic resonance imaging. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1998;65:374-7.
 86. Everling S, Spantekow A, Krappmann P et al. Event-related potentials associated with correct and incorrect responses in a cued antisaccade task. *Exp Brain Res* 1998;118:27-34.
 87. Everling S, Dorris MC, Klein RM et al. Role of primate superior colliculus in preparation and execution of anti-saccades and pro-saccades. *J Neurosci* 1999;19:2740-54.
 88. Everling S, Munoz DP. Neuronal correlates for preparatory set associated with pro-saccades and anti-saccades in the primate frontal eye field. *J Neurosci* 2000;20:387-400.
 89. Connolly JD, Goodale MA, Desouza JF et al. A comparison of frontoparietal fMRI activation during anti-saccades and anti-pointing. *J Neurophysiol* 2000;84:1645-55.
 90. Luna B, Thulborn KR, Munoz DP et al. Maturation of widely distributed brain function subserves cognitive development. *NeuroImage* 2001;13:786-93.
 91. McDowell JE, Brown GG, Paulus M et al. Neural correlates of refixation saccades and antisaccades in normal and schizophrenia subjects. *Biol Psychiatry* 2002;51:216-23.
 92. Raemakers M, Jansma JM, Cahn W et al. Neuronal substrate of the saccadic inhibition deficit in schizophrenia investigated with 3-dimensional event-related functional magnetic resonance imaging. *Arch Gen Psychiatry* 2002;59:313-20.
 93. Funahashi S, Chafee MV, Goldman-Rakic PS. Prefrontal neuronal activity in rhesus monkeys performing a delayed anti-saccade task. *Nature* 1993;365:753-6.
 94. Gaymard B, Pierrot-Deseilligny C, Rivaud S. Impairment of sequences of memory-guided saccades after supplementary motor area lesions. *Ann Neurol* 1990;28:622-6.
 95. Gaymard B, Ploner CJ, Rivaud S et al. The frontal eye field is involved in spatial short-term memory but not in reflexive saccade inhibition. *Exp Brain Res* 1999;129:288-301.
 96. Paus T, Petrides M, Evans AC et al. Role of the anterior cingulate cortex in the control of oculomotor, manual, and speech responses: a positron emission tomography study. *J Neurophysiol* 1993;70:453-69.
 97. Rivaud S, Muri RM, Gaymard B et al. Eye movement disorders after frontal eye field lesions in humans. *Exp Brain Res* 1994;102:110-20.
 98. Pardo JV, Pardo PJ, Janer KW et al. The anterior cingulate cortex mediates processing selection in the Stroop attentional conflict paradigm. *Proc Natl Acad Sci* 1990;87:256-9.
 99. Frith CD, Friston KJ, Liddle PF et al. Willed action and the prefrontal cortex in man: a study with PET. *Proc Roy Soc Lond Ser B* 1991;244:241-6.
 100. Everling S, Fischer B. The antisaccade: a review of basic research and clinical studies. *Neuropsychologia* 1998;36:885-99.
 101. Holzman PS. Parsing cognition. The power of psychology paradigms. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51:952-4.
 102. Levy D. Location, location, location: the pathway from behavior to brain locus in schizophrenia. In: Matthyse S, Levy DL, Kagan J et al (eds). *Psychopathology: the evolving science of mental disorder*. New York: Cambridge University Press, 1996;100-26.

Un estudio intercultural del comportamiento alimentario en las adolescentes sudafricanas

CHRISTOPHER PAUL SZABO, CLIFFORD W. ALLWOOD

Division of Psychiatry, Department of Neurosciences, Faculty of Health Sciences, University of Witwatersrand, 7 York Road, Parktown 2193, Johannesburg, South Africa

Los trastornos del comportamiento alimentario fueron descritos inicialmente en 1995 en las mujeres sudafricanas de raza negra. En un estudio posterior efectuado sobre la población general para determinar el comportamiento alimentario entre las mujeres adolescentes de un contexto urbano se señaló que en la comunidad de raza negra podía ser elevado el número de estas mujeres con trastornos del comportamiento alimentario. En nuestro estudio se han ampliado estos resultados a través de la evaluación de una muestra urbana más representativa y de mayor tamaño. Los resultados de nuestro estudio apoyan los obtenidos en el estudio preliminar. Se exponen las causas básicas de este fenómeno emergente.

Palabras clave: trastornos del comportamiento alimentario, actitudes alimentarias, Sudáfrica

La literatura existente acerca de los trastornos del comportamiento alimentario en las personas de raza blanca de Sudáfrica se inició en el decenio de los setenta (1,2). En un estudio efectuado en Sudáfrica acerca del resultado del tratamiento de pacientes hospitalizados con anorexia y bulimia (3) se señaló que entre los pacientes remitidos para el tratamiento de cualquiera de estos procesos no había ninguna persona de raza negra. En enero de 1993, uno de los autores (CPS) estableció por primera vez el diagnóstico de un trastorno del comportamiento alimentario en una mujer adolescente de raza negra, lo que dio lugar finalmente a la publicación de la primera serie de estos casos en Sudáfrica (4). Posteriormente, se ha observado un incremento en el número de pacientes de raza negra hospitalizados para el tratamiento de trastornos del comportamiento alimentario (5). El problema que se plantea es el de si los casos descritos inicialmente anunciaban realmente un incremento en el número de estos pacientes, señalando un cambio en el perfil demográfico de los trastornos del comportamiento alimentario (4).

El decenio de 1990 fue testigo del incremento de la integración racial en diversos niveles de la sociedad sudafricana, a pesar de la existencia del *apartheid*. Un aspecto específico de la integración racial fue el relativo a las escuelas de financiación pública, que pueden ser un terreno adecuado para la evaluación de las actitudes alimentarias. Este enfoque está fundamentado en la teoría de la influencia que tienen los factores socioculturales en la aparición de los trastornos del comportamiento alimentario, con implicación específica de los ideales prevalentes en las sociedades occidentales (6). En este contexto, las escuelas privadas se contemplaban como instituciones dominadas por los valores occidentales. Dada la literatura existente acerca de la relación entre cultura y trastornos del comportamiento alimentario (7,8), se propuso la hipótesis de que las mujeres de raza negra (que constituyen un grupo minoritario en un ambiente cultural extraño) en este tipo de contexto pueden mostrar una inclinación al desarrollo de trastornos del comportamiento alimentario.

Esta hipótesis se evaluó a través de la determinación de las actitudes alimentarias en una escuela secundaria exclusivamente femenina y de financiación privada localizada de la zona urbana de Johannesburg. Mediante la aplicación del Eating Attitudes Test (EAT-26) (9) se observó que un número sorprendentemente elevado de mujeres de raza negra (37,5 %) mostraba actitudes alimentarias potencialmente patológicas (10). Este hallazgo sugirió que los casos descritos inicialmente indicaban en realidad un fenómeno emergente (5). El estudio ac-

tual fue diseñado para comprobar esta hipótesis a través de la evaluación de una muestra de mayor tamaño en escuelas de financiación pública y de localización urbana.

Básicamente, la hipótesis del estudio presente es que las adolescentes de raza negra que viven en un contexto urbano muestran actitudes alimentarias similares a las de las adolescentes de raza blanca. El objetivo último del estudio es la demostración de que es el contexto de residencia, y no la raza o el grupo étnico, el factor de mayor influencia en las actitudes alimentarias. En Sudáfrica estos datos son importantes para desmentir las consideraciones de la exclusividad racial en lo relativo al riesgo de aparición de trastornos del comportamiento alimentario, es decir, para desmentir la idea de que sólo presentan riesgo las personas de raza blanca y no las de raza negra, lo que puede tener implicaciones respecto a la asignación de recursos.

MÉTODOS

El estudio se realizó en días distintos de 1996 en tres escuelas secundarias localizadas en un medio urbano (Johannesburg: provincia de Gauteng). Las escuelas eran exclusivamente femeninas y las alumnas que acudían a las mismas presentaban diversidad racial. La decisión de evaluar tres escuelas del ámbito urbano estuvo influida por el tamaño que debía tener la muestra, que se había calculado en un estudio preliminar (10).

Antes de iniciar el estudio hubo una intensa coordinación entre los directores de las distintas escuelas y los investigadores para establecer los niveles de aceptación y viabilidad del estudio de investigación a realizar en sus diferentes centros. El estudio fue aprobado por el Committee for Research on Human Subjects de la University of Witwatersrand.

La aplicación de los cuestionarios en cada escuela tuvo lugar en un momento concreto de un día preespecificado, de manera que toda la escuela pudiera estar implicada simultáneamente en el proceso. El proceso fue controlado y supervisado por los profesores y los investigadores. En general, el procedimiento se desarrolló a lo largo de una hora. Durante el tiempo en el que las alumnas rellenaron el cuestionario no se permitió que hablaran entre ellas. La participación en el estudio fue voluntaria y todas las alumnas que lo hicieron aportaron su consentimiento informado por escrito. También se solicitó el permiso de los padres para que participaran sus hijas. Se garantizó el anonimato.

Se utilizaron un cuestionario demográfico y el EAT-26. Con el cuestionario demográfico se recogió información relativa a la

edad, el curso realizado por las alumnas, la raza, el idioma hablado en el hogar y la estatura y peso corporal actuales. Estos dos últimos parámetros fueron determinados directamente y se proporcionó el resultado a cada una de las encuestadas para que lo escribieran en el cuestionario. Además, a las participantes se les preguntó por la ocupación laboral de su padre y su madre con objeto de establecer su nivel socioeconómico. El EAT-26 (9) es un cuestionario en el que se realizan preguntas acerca de las actitudes, preocupaciones y comportamientos relacionados con el alimento, el peso corporal y la configuración del cuerpo. Una puntuación total de 20 o más representa el umbral para la existencia de alteraciones en las actitudes y el comportamiento alimentarios.

Antes de llevar a cabo el estudio se comentó el EAT-26 con el director de la escuela, sobre todo en lo relativo a la terminología utilizada. En algunos casos se modificaron los términos del cuestionario debido a las recomendaciones efectuadas por algunos de los directores de las escuelas; por ejemplo, la palabra «motivo» fue sustituida por el término «impulso». En el contexto de Sudáfrica, el EAT-26 se ha utilizado previamente en varios estudios. En el realizado por Szabo y Hollands (10) se establecieron (aunque no se recogieron en la publicación) valores alfa de Cronbach de 0,75 respecto a las participantes de raza negra y de 0,79 respecto a las de raza blanca, mientras que en el estudio efectuado por Senekal y cols. (11), en el que participaron estudiantes universitarias de raza negra, se estableció un valor de 0,62.

RESULTADOS

La muestra completa estuvo constituida por 1.353 mujeres que respondieron a la encuesta. El número total de participantes en las tres escuelas fue de 1.579, lo que arroja una tasa de respuesta del 86 %. De las 226 alumnas que no respondieron a la encuesta, 46 habían faltado al colegio el día en el que se realizó la misma. La composición racial fue la siguiente: raza negra, 43 % (n = 578); raza blanca, 37 % (n = 506); otras razas, 20 % (n = 269). Sólo se consideraron los datos relativos a las alumnas de razas negra y blanca.

Las alumnas de raza blanca presentaron una estatura significativamente mayor ($t = -9,82$, $gl = 961$, $p < 0,0001$) y un índice de masa corporal significativamente menor ($t = 4,73$, $gl = 936$, $p < 0,0001$), en comparación con las alumnas de raza negra. No se observaron diferencias significativas en la edad ($t = 0,95$, $gl = 1.079$, $p = 0,34$) ni en el peso corporal ($t = 1,32$, $gl = 1.004$, $p = 0,18$). El nivel socioeconómico fue significativamente mayor en las alumnas de raza blanca ($p = 0,001$).

En la muestra de alumnas de raza negra, el 18,7 % (108/578) mostró una puntuación de 20 o superior. La puntuación media en toda la muestra de raza negra (n = 578) fue de 12,48 (8,94). Las puntuaciones en las diferentes subescalas fueron las siguientes: dieta = 7,68 (6,75), bulimia = 1,61 (2,38), control oral = 3,17 (3,04). En las alumnas que presentaron una puntuación de 20 o superior (n = 108) en el EAT-26, la puntuación media fue de 27,19 (DE = 7,19). Las puntuaciones medias en las subescalas fueron las siguientes: dieta = 18,04 (5,98), bulimia = 3,84 (3,3), control oral = 5,3 (3,73). En las alumnas de raza negra con una puntuación inferior a 20 (n = 470) en el EAT-26, la puntuación media fue de 9,1 (5,02). En este grupo, las puntuaciones medias de las distintas subescalas fueron las siguientes: dieta = 5,3 (4,19), bulimia = 1,1 (1,76), control oral = 2,68 (2,63). El valor de alfa de Cronbach fue 0,74.

Un análisis de los componentes principales con rotación de la variabilidad máxima (varimax) reveló que el 31 % de la varianza

se podía explicar por tres factores, de manera que el factor 1 explicaba el 16,6 % de la variancia total. Los tres primeros factores (correspondientes a las subescalas siguientes: factor 1 = dieta, factor 2 = bulimia, factor 3 = control oral) presentaron valores matriciales de 4,32, 1,95 y 1,78, respectivamente. Mediante una matriz de transformación ortogonal se demostraron 8/13, 3/6 y 3/7 elementos para los factores 1, 2 y 3, respectivamente, con una carga > 0,4.

En la muestra de alumnas de raza blanca, el 18,6 % (94/506) presentó una puntuación de 20 o más. La puntuación media en el EAT-26 respecto a la muestra completa (n = 506) fue de 12,27 (DE = 10,21). Las puntuaciones obtenidas en toda la muestra (n = 506) respecto a las diferentes subescalas fueron las siguientes: dieta = 8,47 (7,88), bulimia = 1,29 (2,55), control oral = 2,5 (2,71). En las alumnas que presentaron una puntuación de 20 o más (n = 94) la puntuación total media fue de 29,65 (8,53), con las siguientes puntuaciones en las distintas subescalas: dieta = 21,44 (5,84), bulimia = 4,43 (4,08), control oral = 3,77 (3,58). En las alumnas con una puntuación inferior a 20 (n = 412), la puntuación total media fue de 8,30 (5,18), con las siguientes puntuaciones en las distintas subescalas: dieta = 5,5 (4,62), bulimia = 0,5 (1,21), control oral = 2,21 (2,38). El valor alfa de Cronbach fue 0,85.

Un análisis de los componentes principales con rotación de la variabilidad máxima (varimax) reveló que el 44 % de la variancia se podía explicar por tres factores, de manera que el factor 1 explicó el 28 % de la variancia total. Los valores matriciales de los tres primeros factores fueron 7,38, 2,27 y 1,8, respectivamente. Mediante una matriz de transformación ortogonal se demostraron 11/13, 5/6 y 6/7 elementos para los factores 1, 2 y 3, respectivamente, con un factor de carga > 0,4.

Las muestras no presentaron diferencias significativas (en un test t para dos muestras) en la puntuación EAT-26 total ($t = 0,36$, $gl = 1.082$, $p = 0,71$) ni en la subescala de dieta ($t = 1,75$, $gl = 1.082$, $p = 0,07$). Sin embargo, las participantes de raza negra mostraron puntuaciones significativamente mayores tanto en la subescala de bulimia ($t = 2,15$, $gl = 1.082$, $p = 0,03$) como en la subescala de control oral ($t = 3,81$, $gl = 1.082$, $p = 0,001$). Entre las participantes que mostraron una puntuación de 20 o más, las de raza blanca obtuvieron una puntuación total significativamente mayor que las de raza negra al utilizar test t para dos muestras ($t = -2,22$, $gl = 200$, $p = 0,02$). Esta diferencia también se observó en la subescala de dieta ($t = -4,07$, $gl = 200$, $p = 0,0001$). Las alumnas de raza negra presentaron una puntuación significativamente mayor en la subescala de control oral ($t = 2,95$, $gl = 200$, $p = 0,0035$). No se observaron diferencias significativas en la subescala de bulimia ($t = -1,14$, $gl = 200$, $p = 0,255$).

DISCUSIÓN

El EAT-26 proporciona información acerca del posible riesgo de desarrollar un trastorno del comportamiento alimentario en virtud de la puntuación total obtenida y también según el perfil de actitudes alimentarias definido a través de las puntuaciones en las distintas subescalas. Las puntuaciones EAT-26 totales en las participantes de raza negra (12,48) y de raza blanca (12,27) no fueron significativamente diferentes, lo que es congruente con el resultado obtenido en un estudio previo efectuado en Sudáfrica mediante la aplicación del EAT-26 a una muestra de adolescentes de distintas razas y residentes en un medio urbano (10).

En estudios recientes efectuados en Sudáfrica mediante el EAT-26 se ha observado una puntuación total media de 12,1 en una

muestra de universitarias de raza negra con una edad media de 20 años (11), así como puntuaciones totales de 11,7 y 12,5 en adolescentes en edad escolar de razas negra y blanca, respectivamente, con edades medias de 16,3 y 16,5 años (12). Estos resultados tienen una gran similitud con los obtenidos en nuestro estudio, a pesar de las diferencias en las edades medias de las distintas muestras de mujeres y de los diferentes contextos geográficos en los que se realizaron los estudios.

Se ha propuesto la clasificación de las puntuaciones EAT-26 en términos del riesgo potencial para el desarrollo de un trastorno del comportamiento alimentario: una puntuación inferior a 10 indicaría ausencia de riesgo, una puntuación de 10-19 un riesgo bajo y una puntuación de 20 o superior un riesgo alto (13). Según esta clasificación, el 43,4 % de nuestras participantes de raza negra y el 50,6 % de las de raza blanca habrían sido consideradas como carentes de riesgo, en comparación con el 77,5 % de las adolescentes suizas estudiadas por Buddeburg-Fisher y cols. (13). Hay que tener en cuenta que las puntuaciones obtenidas con el EAT-26 varían con el tiempo en los adolescentes (14) y que, por tanto, el significado de una puntuación dada en un momento concreto no debe ser valorado de manera excesiva.

En nuestro estudio, el porcentaje de las participantes que presentaron una puntuación EAT-26 superior al umbral de 20 fue casi idéntico en las razas negra y blanca (18,6 frente a 18,7). Este resultado es comparable al obtenido en un estudio efectuado recientemente en Sudáfrica en el que las puntuaciones de 20 o más alcanzaron tasas de prevalencia del 17,9 y el 21,2 % en las adolescentes de razas negra y blanca, respectivamente (12). Además de las comparaciones con los datos obtenidos en Sudáfrica, hay otros estudios que también se han realizado en el continente africano y que proporcionan una visión más amplia del problema. El estudio más parecido al nuestro fue uno realizado en Nigeria en el que al utilizar el EAT-26 se obtuvo una cifra de prevalencia de actitudes alimentarias erróneas del 18,6 % (15). La muestra utilizada por estos investigadores estaba constituida por estudiantes de secundaria y universitarios de raza negra que vivían en un medio urbano. En un estudio efectuado en una escuela secundaria de Cairo en Egipto (16) se estableció una tasa de prevalencia de las actitudes alimentarias erróneas del 11,4 % mediante el EAT-40 (17). En el contexto de Sudáfrica se ha observado que el uso del EAT-40 se asocia a cifras de prevalencia inferiores en lo relativo a las actitudes alimentarias incorrectas. En un estudio realizado sobre adolescentes de raza blanca de Cape Town mediante el EAT-40 se determinó una prevalencia del 15 % respecto a las actitudes alimentarias erróneas (18).

Desde una perspectiva internacional, los resultados de nuestro estudio son más parecidos a los obtenidos en Norteamérica y en Europa. La aplicación del EAT-26 y del EAT-40 a grupos de adolescentes norteamericanos ha dado lugar en general a cifras de prevalencia superiores, por ejemplo, del 17,5 (19) y del 22 % (20), mientras que en el Reino Unido las cifras de prevalencia han sido algo inferiores, por ejemplo, del 6,9 (21) y del 9,3 % (14). Sin embargo, en un estudio británico efectuado recientemente sobre mujeres de 11-16 años de edad se estableció que el 18,6 % de las mismas presentaba actitudes y preocupaciones relativas al peso y la configuración corporales que las colocaban en riesgo de sufrir trastornos del comportamiento alimentario (22). En general, parece que los resultados de nuestro estudio respecto a la prevalencia de las actitudes alimentarias erróneas mediante el uso del EAT-26 está dentro del espectro de los resultados que se han obtenido en todo el mundo.

Sudáfrica es un país en transición (23). Es evidente la transformación de todos los aspectos sociales debido precisamente a dicha transición. Las culturas que anteriormente coexistían como entidades casi totalmente excluyentes actúan ahora de manera conjunta. En consecuencia, las creencias y los sistemas

de valores están cambiando y evolucionando en la dirección de la homogeneidad en contextos específicos. El sistema escolar representa un modelo posible para la evaluación de este fenómeno, dada la fluidez de la identidad en los niños y adolescentes de este grupo de edad. La adolescencia es una época en la que tiene lugar de manera significativa la toma de conciencia de uno mismo y la evaluación crítica de la propia persona (24). Es habitualmente durante este período del desarrollo en el que, sobre todo entre las mujeres, tiene lugar una falta de satisfacción con el propio cuerpo y durante el que se realizan más esfuerzos para modificar esta falta de satisfacción a través del comportamiento alimentario (25). Es en este contexto, que se refiere a algo más que a las preocupaciones de tipo estético (26), en el que pueden aparecer enfermedades como son los trastornos del comportamiento alimentario. La cultura occidental parece tener una influencia muy poderosa en la aparición de estas enfermedades (27). Mientras que la experiencia clínica ha contribuido al establecimiento del hecho de que estas enfermedades afectan de manera predominante a las mujeres de raza blanca (28), la detección de pacientes de raza negra en los contextos urbanos de los países occidentales (29) y no occidentales (4) sugiere que la cultura relacionada con el ambiente y con el sistema de valores es un factor más importante en la expresión de la enfermedad que la raza en sí misma. Con la introducción de los medios de comunicación de masas, la cultura occidental se extiende cada vez más. El énfasis de carácter seductor sobre el consumo (30) es en efecto un aspecto cultural muy poderoso. Parece inevitable la asimilación del sistema de valores occidental, en el que el aspecto físico y la autoestima se han considerado conceptos sinónimos (31).

La sociedad sudafricana contemporánea ofrece la oportunidad de evaluar el impacto de este fenómeno. Las personas del ámbito rural que poseen sistemas de valores denominados tradicionales (32) están emigrado a las ciudades, interaccionando con las personas de todas las razas que habitan en las mismas que, a su vez, están teniendo también una exposición intensa a las culturas de otras personas. En este caso, las actitudes alimentarias de los adolescentes y su supuesta relación con los trastornos del comportamiento alimentario proporcionan una perspectiva para el análisis de este fenómeno. Por una parte, los resultados obtenidos en este estudio se pueden contemplar como una medida de la prevalencia de las actitudes alimentarias erróneas, lo que puede tener implicaciones respecto a la epidemiología futura de los trastornos del comportamiento alimentario en diversos grupos de adolescentes sudafricanos. Sin embargo, más allá de los resultados y datos concretos, también puede haber implicaciones respecto a la población femenina urbana de África en un contexto más amplio de identidad. En el ámbito geográfico de Sudáfrica se ha propuesto que la emancipación femenina en la población de raza negra ha tenido lugar de manera rápida tanto a nivel político como socio-económico y sin que haya precedentes históricos de ello, lo que ha dado lugar a la aparición de circunstancias que pueden incrementar la vulnerabilidad frente a la búsqueda de la identidad a través de las preocupaciones por el peso y la configuración corporales, lo que –a su vez– podría inducir actitudes alimentarias erróneas con la posible aparición de trastornos del comportamiento alimentario (33).

Agradecimiento

Los autores quieren dar las gracias a Mark Paiker y a Mike Greiling por su ayuda en el análisis estadístico.

Bibliografía

1. Beumont PJ, George GCW, Smart DE. "Dieters" and "vomitters" and "purgers" in anorexia nervosa. *Psychol Med* 1976;6:617-32.
2. Norris DL. Clinical diagnostic criteria for primary anorexia nervosa. *South African Med J* 1979;56:987-93.
3. Nash ES, Colborn AL. Outcome of hospitalised anorexics and bulimics in Cape Town, 1979-1989. *South African Med J* 1994;84:74-9.
4. Szabo CP, Berk M, Tlou E et al. Eating disorders in black female South Africans. A series of cases. *South African Med J* 1995;85:588-90.
5. Szabo CP. Eating attitudes among black South Africans. *Am J Psychiatry* 1999;156:981.
6. Dolan B. Cross-cultural aspects of anorexia nervosa and bulimia: a review. *Int J Eat Disord* 1991;10:67-78.
7. Pumariega A. Acculturation and eating attitudes in adolescent girls: a comparative and correlational study. *J Am Acad Child Psychiatry* 1986;25:276-9.
8. Furkawa T. Weight changes and eating attitudes of Japanese adolescents under acculturative stresses: a prospective study. *Int J Eat Disord* 1994;15:71-9.
9. Garner DM, Olmsted MP, Bohr Y et al. The Eating Attitudes Test: psychometric features and clinical correlates. *Psychol Med* 1982;12:871-8.
10. Szabo CP, Hollands C. Abnormal eating attitudes in secondary-school girls in South Africa, a preliminary study. *South African Med J* 1997;87:524-30.
11. Senekal M, Steyn NP, Mashego TB et al. Evaluation of body shape, eating disorders and weight management parameters in black female students of rural and urban origins. *South African J Psychol* 2001;31:45-53.
12. Caradas AA, Lambert EV, Charlton KE. An ethnic comparison of eating attitudes and associated body image concerns in adolescent South African schoolgirls. *J Hum Nutr Diet* 2001;14:11-120.
13. Buddeburg-Fischer B, Bernet R, Sieber M et al. Epidemiology of eating behaviour and weight distribution in 14- to 19- year- old Swiss students. *Acta Psychiatr Scand* 1996;93:296-304.
14. Patton GC, Johnson-Sabine E, Wood K et al. Abnormal eating attitudes in London schoolgirls - A prospective epidemiological study: outcome at twelve months. *Psychol Med* 1990;20:382-94.
15. Oyewumi LK, Kazarian SS. Abnormal eating attitudes among a group of Nigerian youths: II. Anorexic behaviour. *East African Med J* 1992;69:667-9.
16. Nasser M. Screening for abnormal eating attitudes in a population of Egyptian secondary school girls. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1994;29:25-30.
17. Garner DM, Garfinkel PE. The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychol Med* 1979;9:273-9.
18. le Grange D, Tibbs J, Selibowitz J. Eating attitudes, body shape, and self-disclosure in a community sample of adolescent girls and boys. *Eat Disord* 1995;3:253-64.
19. Fisher M, Pastore D, Schneider M et al. Eating attitudes in urban and suburban adolescents. *Int J Eat Disord* 1994;16:67-74.
20. Leichner P, Arnett J, Rallo JS et al. An epidemiological study of maladaptive eating attitudes in a Canadian school age population. *Int J Eat Disord* 1986;5:969-82.
21. Mann AH, Wakeling A, Wood K et al. Screening for abnormal eating attitudes and psychiatric morbidity in an unselected population of 15-year-old schoolgirls. *Psychol Med* 1983;13:573-80.
22. Cooper PJ, Goodyer I. Prevalence and significance of weight and shape concerns in girls aged 11-16 years. *Br J Psychiatry* 1997;171:542-4.
23. Bornman E. Self-image and ethnic identification in South Africa. *J Soc Psychol* 1999;139:411-25.
24. Morgan CT, King RA, Weisz JR et al. Introduction to psychology, 7th ed. New York: McGraw-Hill, 1986.
25. Moore DC. Body image and eating behavior in adolescents. *J Am Coll Nutr* 1993;12:505-10.
26. Steiger H. Anorexia nervosa: is it the syndrome or the theorist that is culture- and gender- bound? *Transcult Psychiatr Res Rev* 1993;30:347-58.
27. Nasser M. Eating disorders: the cultural dimension. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1988;23:184-7.
28. American Psychiatric Association. Practice guideline for eating disorders. *Am J Psychiatry* 1993;150:212-28.
29. Hsu LKG. Are the eating disorders becoming more common in blacks. *Int J Eat Disord* 1987; 6:113-24.
30. Swartz L. Anorexia nervosa as a culture-bound syndrome. *Soc Sci Med* 1985;20:725-30.
31. Freedman RJ. Reflections on beauty as it relates to health in adolescent females. *Women and Health* 1984;9:29-45.
32. Swartz L. Issues for cross-cultural psychiatric research in South Africa. *Cult Med Psychiatry* 1985;9:59-74.
33. Szabo CP, le Grange D. Eating disorders and the politics of identity: the South African experience. In: Nasser M, Katzman M, Gordon R (eds). *Eating disorders and cultures in transition*. London: Routledge, 2001:24-33.

La depresión en los europeos de edad avanzada: los estudios EURODEP

JOHN R.M. COPELAND¹, AARTJAN T.F. BEEKMAN², ARJAN W. BRAAM², MICHAEL E. DEWEY¹, PHILIPPE DELESPAUL³, REBECCA FUHRER⁴, CHRISTOPHER HOOIJER⁵, BRIAN A. LAWLOR⁶, SIRKKA-LIISA KIVELA⁷, ANTHONY LOBO⁸, HALGRIMUR MAGNUSSON⁹, ANTHONY H. MANN¹⁰, INGEBORG MELLER¹¹, MARTIN J. PRINCE¹², FRIEDEL REISCHIES¹³, MARC ROE-LANDS¹⁴, INGMAR SKOOG¹⁵, CESAR TURRINA¹⁶, MARTEN W. DEVRIES³, KENNETH CM. WILSON¹

¹Department of Psychiatry, University of Liverpool, UK; ²Department of Psychiatry, Vrije Universiteit, Amsterdam, The Netherlands; ³Department of Psychiatry, University of Maastricht, The Netherlands; ⁴INSERM U360, Hôpital de la Salpêtrière, Paris, France; ⁵DOC-Team Oude Hoeverweg 10, 1816 BT Alkmaar, The Netherlands; ⁶Department of Psychiatry of the Elderly, St. James's Hospital, Dublin, Ireland; ⁷Department of General Practice, University of Turku and Satakunta Central Hospital, Turku and Pori, Finland; ⁸Department of Psychiatry, University Hospital, Zaragoza, Spain; ⁹Heilsugaestod Grundarfjardar, Iceland; ¹⁰Sections of Epidemiology and General Practice and Old Age Psychiatry, Institute of Psychiatry, Londres, UK; ¹¹Department of Psychiatry, University of Munich, Germany; ¹²Section of Epidemiology, Institute of Psychiatry, Londres, UK; ¹³Department of Psychiatry, Freie Universität, Berlin, Germany; ¹⁴Department of Behaviour Therapy and Counselling, University of Gent, Belgium; ¹⁵Psykiatriska Kliniken, Sahlgrenska Sjukhuset, Goteborg, Sweden; ¹⁶Clinica Psichiatrica, Ospedale Civile, Brescia, Italy

Se han analizado los datos obtenidos en nueve centros europeos en los que se ha utilizado la Geriatric Mental Scale (GMS) AGE-CAT para comparar la prevalencia de los diagnósticos en las personas de 65 años o más no hospitalizadas. Los niveles del trastorno depresivo fueron: Islandia, 8,8 %; Liverpool, 10,0 %; Zaragoza, 10,7 %; Dublín, 11,9 %; Amsterdam, 12,0 %; Berlín, 16,5 %; Londres, 17,3 %; Verona, 18,3 %, y Munich, 23,6 %. Al considerar todos los niveles de depresión, se identificaron cinco centros con puntuaciones altas (Amsterdam, Berlín, Munich, Londres y Verona) y cuatro centros con puntuaciones bajas (Dublín, Islandia, Liverpool y Zaragoza). En el metaanálisis de los 13.808 participantes se observó un nivel medio de depresión del 12,3 % (rango de confianza [IC] del 95 %, 11,8-12,9), correspondiente al 14,1 % en las mujeres (IC 95 %, 13,5-14,8) y del 8,6 % de los hombres (IC 95 %, 7,9-9,3). Los niveles sintomáticos fueron variables en los distintos centros: el 40 % de la población total estudiada en Amsterdam mostró un estado de ánimo depresivo frente a sólo el 26 % en Zaragoza. Con el objetivo de incorporar los resultados obtenidos en otros centros en los que se han utilizado métodos variables para la identificación de la depresión, se ha desarrollado la escala EURO-D a partir de 12 elementos de la GMS, y se ha efectuado su validación frente a otras escalas y frente al diagnóstico efectuado por expertos. Se ha establecido una solución de dos factores, un «factor de sufrimiento afectivo» y un «factor de motivación». La escala EURO-D ha sido aplicada en 14 encuestas efectuadas sobre población general. La puntuación de la depresión ha presentado una tendencia al aumento con la edad, a diferencia de lo observado con la prevalencia de la depresión. Se han observado grandes diferencias entre los distintos centros en lo relativo a los niveles de depresión no explicados por la edad, el sexo o el estado civil. Estos datos demuestran que el trastorno depresivo considerado susceptible de intervención terapéutica es frecuente entre los europeos de edad avanzada. Casi con toda certeza, en este momento se están perdiendo oportunidades de administrar un tratamiento efectivo en estos casos. Los niveles de sintomatología depresiva varían significativamente entre los centros con puntuaciones altas y bajas, lo que ha estimulado la realización de la fase siguiente de este estudio, es decir, la evaluación de los factores de riesgo en Europa.

Palabras clave: EURODEP, depresión, edad avanzada, GMS-AGECAT, EURO-D

El consorcio EURODEP está constituido por varios estudios sobre la depresión efectuados a personas de edad avanzada no hospitalizadas; estos estudios se han llevado a cabo en centros europeos que se han unido para constituir un Programa de acción concertada bajo los auspicios de la iniciativa European Community BIOMED I. En el primero de estos estudios, EURODEP está intentando responder a las preguntas siguientes: ¿cuál es la prevalencia de la depresión entre los europeos de edad avanzada?, ¿hay variaciones en su nivel entre los distintos países?, ¿muestra diferencias el cuadro clínico observado en los distintos grupos de población?, ¿es congruente el nivel de depresión con la prevalencia del suicidio?, ¿recibe tratamiento la depresión? y ¿cuáles son sus factores de riesgo?

La proporción cada vez mayor de personas de edad avanzada en los distintos países europeos ha dado lugar a la urgencia de conocer sus niveles de enfermedad mental, siendo la depresión una de las de mayor prevalencia. En primer lugar, se ha realizado una revisión sistemática de la bibliografía mundial sobre estudios efectuados a población general acerca de la prevalencia de la depresión en etapas avanzadas de la vida (personas mayores de 55 años de edad) (1). Se encontraron 34 estudios que cumplían los criterios de inclusión, con un intervalo de tasas de prevalencia para la depresión del 0,4-35 %. En estos estudios se observó una media ponderada para la depresión mayor del 1,8 % y para la depresión menor del 9,8 %, mientras que en lo relativo a todos los síndromes depresivos considerados clínicamente relevantes este parámetro fue del 13,5 %. La tasa elevada de prevalencia de la depresión fue constante en las mujeres y en las

personas de edad avanzada con nivel socioeconómico bajo. Dada la diversidad de los parámetros de medida utilizados, no fue posible en esta encuesta establecer comparaciones entre los distintos estudios individuales con objeto de identificar las áreas de prevalencia alta y baja de la depresión. Se demostró la necesidad de utilizar un método uniforme y estandarizado.

Los objetivos del primer estudio fueron: a) evaluar en diferentes centros europeos y mediante un método estandarizado la variación en la prevalencia de la depresión diagnosticable en las personas de 65 o más años de edad no hospitalizadas; b) estudiar los síntomas clave y los perfiles clínicos más importantes detectados en los distintos centros: ¿cuáles eran las diferencias entre ellos?; c) interpretar estos datos en relación con las variables socioeconómicas y los factores de riesgo existentes, y d) efectuar la armonización de las distintas escalas de la depresión para facilitar la unión de otros centros al consorcio con objeto de comparar los niveles de depresión mediante una puntuación de escala.

MÉTODO

Constitución del consorcio

Los miembros iniciales del consorcio (Estudio 1) utilizaron la Geriatric Mental Scale (GMS) AGE-CAT como instrumento principal para el reconocimiento y el diagnóstico de los casos en sus estudios: Amsterdam (2); Berlín (3); Dublín (4); Islandia (5); Li-

verpool (6); Londres (7); Munich (8); Verona, Italia (9), y Zaragoza, España (10). Los propios centros decidieron unirse y constituir una acción concertada, agrupar sus datos y, así, incrementar la potencia de sus análisis de los factores de riesgo y generar nuevas hipótesis para la realización de otros estudios.

A los nueve centros GMS AGECAAT originales se añadió otro centro con experiencia en la técnica de «Muestreo de experiencia» (Maastrich). Posteriormente, se añadieron otros cinco centros (Estudio 2: Gothenburg, Suecia (11); Amberes, Bélgica (12); Burdeos, Francia (13); Oulu, Finlandia (14), y Amsterdam (15), que utilizaron otros parámetros de medición. Se decidió comparar todos los instrumentos de determinación de la depresión con los ya existentes en otros centros. Bajo los auspicios de la iniciativa European Community PECO, se añadió finalmente un centro de la Europa Oriental, Tirana, Albania (no incluido en esta publicación).

Características de los centros

Los detalles de cada centro participante en el Estudio 1 ya han sido publicados previamente (16). Entre 1990 y 1996, todos los centros seleccionaron de manera aleatoria grupos de personas no hospitalizadas, excepto en lo que se refiere al centro de Islandia en el que participó toda la población nacida entre 1895 y 1897 que fue entrevistada en 1983, y en lo relativo al centro de Dublín en el que se utilizó un registro médico general completo. El rango de edad fue en la mayor parte de los grupos de 65 o más años de edad, excepto en los centros de Amsterdam (65-84), Berlín (70 o más), Munich (85 o más) e Islandia (88-89). Sólo uno de los centros excluyó por completo las residencias de ancianos (Verona). La mayor parte de los grupos de estudio estaban constituidos por personas que vivían en el medio urbano, excepto en Islandia donde participó una mezcla de personas de los medios urbano y rural. El tamaño de las muestras osciló entre 202 participantes en Verona y 5.222 en Liverpool. Los grupos seleccionados en Italia y España fueron predominantemente católicos. Los grupos de Reino Unido (Londres y Liverpool), Alemania (Berlín y Munich), Holanda e Islandia fueron predominantemente protestantes, mientras que el grupo de Dublín fue totalmente católico.

Parámetros de medida

Los estudios se realizaron sobre la traducción aprobada de la versión comunitaria de la GMS (17,18). AGECAAT (19,20) es un algoritmo diagnóstico informatizado que utiliza las puntuaciones de los elementos de la GMS en la fase 1 sobre cada uno de los participantes, con objeto de generar un nivel de confianza del diagnóstico sobre una escala de 0 a 4 o de 0 a 5 por cada ocho grupos sindrómicos diagnósticos: síndrome cerebral orgánico, esquizofrenia, manía, depresión (psicótica y neurótica) y neurosis obsesiva, hipocondríaca, fóbica y de ansiedad. La fase 2 conlleva el establecimiento de un diagnóstico diferencial final mediante la comparación nivel por nivel, con documentación en forma de subcaso diagnóstico (niveles de confianza 1 y 2) o de caso diagnóstico (niveles de confianza 3, 4 y 5). Este sistema permite la identificación de los procesos de comorbilidad. Los niveles 3 y superiores sobre cualquier grupo diagnóstico son congruentes con lo que los psiquiatras suelen reconocer habitualmente como casos susceptibles de tratamiento o intervención terapéutica, en el supuesto de que exista éste. Se ha demostrado una buena concordancia entre los casos de depresión determinados mediante el AGECAAT y los diagnósticos

conjuntos de episodio depresivo mayor y distimia establecidos mediante el DSM-III (21,22). Además de la GMS, en la mayor parte de los centros se recogió información acerca de los factores de riesgo, y en siete de ellos se llevó a cabo el seguimiento de los participantes.

El análisis de los datos de todos los centros se realizó en Liverpool. Los grupos estudiados en Liverpool y Berlín fueron estratificados según el sexo y la edad. Las cifras globales de prevalencia obtenidas en estos centros fueron, por tanto, ajustadas según la ponderación apropiada al tener en cuenta esta estratificación.

ESTUDIO 1A: PREVALENCIA DE LA DEPRESIÓN EN LOS CENTROS EUROPEOS

Resultados

Se observaron diferencias sustanciales en la prevalencia de la depresión, de manera que en Islandia se detectó el nivel más bajo (8,8 %), seguido de Liverpool, 10,0 %; Zaragoza, 10,7 %; Dublín, 11,9 %; Amsterdam, 12,0 %; Berlín, 16,5 %; Londres, 17,3 %; Verona, 18,3 %, y Munich, 23,6 %. Al considerar el conjunto los cinco niveles de depresión AGECAAT, incluyendo tanto los casos como los subcasos de depresión, en cinco centros se obtuvieron puntuaciones altas (Amsterdam, Berlín, Munich, Londres y Verona) con una prevalencia de todos los niveles de depresión del 30,4 al 37,9 %, mientras que en cuatro centros se obtuvieron puntuaciones bajas (Dublín, Islandia, Liverpool, Zaragoza) con niveles de prevalencia del 17,7 al 21,4 %. Las mujeres mostraron de manera invariable una prevalencia mayor que los hombres. El estudio de las proporciones entre subcasos y casos, así como entre depresión psicótica y neurótica, reveló algunas diferencias sorprendentes entre los centros pero no aportó una explicación clara de las diferencias en la prevalencia (v. también 16).

Aunque las tasas de prevalencia con especificidad de la edad fueron variables entre los centros, no se observó una asociación constante entre prevalencia y edad.

En el metaanálisis de los datos acumulados obtenidos en los nueve centros europeos se incluyeron 13.808 participantes, con una prevalencia global de la depresión del 12,3 % (IC 95 %, 11,8-12,9); correspondiente al 14,1 % de las mujeres (IC 95 %, 13,5-14,8) y al 8,6 % de los hombres (IC 95 %, 7,9-9,3).

Discusión

La conclusión es que en el estudio se demostró la existencia de una variación considerable en los niveles de depresión en los distintos países de Europa, aunque la causa de ello no fue obvia de manera inmediata. Al considerar en conjunto los casos y los subcasos se observó una variabilidad incluso mayor, sobre todo en las mujeres, lo que sugiere que esta variabilidad no fue producto simplemente de las diferencias en los criterios de los casos y los subcasos que en todas las situaciones fueron estandarizados por el ordenador. Es posible que haya habido una variación en los factores de riesgo para las transiciones normal/subcaso y subcaso/caso en ambas direcciones, aunque esta posibilidad no tuvo lugar en el estudio de Liverpool (23) en el que los subcasos mostraron los mismos factores de riesgo que los casos. A pesar de la observación de niveles sustanciales de depresión en todos los centros, también podemos señalar que entre el 62 y el 82 % de las personas de edad avanzada no presentó ningún nivel de depresión en el sistema AGECAAT. Final-

mente, se concluye que existieron oportunidades importantes para el tratamiento de los pacientes. El tratamiento no fue evaluado en todos los estudios. En los que sí lo fue –por ejemplo, en el estudio de Liverpool– se observó que recibió medicación antidepressiva aproximadamente el 10 % de los pacientes con depresión.

ESTUDIO 1B: PRESENTACIÓN DE LA DEPRESIÓN Y LOS SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN EUROPA

Resultados

Las proporciones de pacientes con sintomatología depresiva fueron variables entre los distintos centros. Por ejemplo, en Amsterdam el 40 % de la población general de personas de edad avanzada presentó un estado de ánimo depresivo, en comparación con sólo el 26 % en Zaragoza. Los síntomas como «futuro negro», «desesperanza», «deseo de morir» fueron generalmente infrecuentes, pero el tercero de ellos alcanzó niveles elevados en Berlín, Munich y Verona. Los trastornos del sueño sólo se observaron en el 15 % de los participantes en el estudio de Dublín, pero también en el 54 y el 60 % de los correspondientes a Munich y Berlín, respectivamente. En el grupo de personas de edad muy avanzada de Islandia, Berlín y Munich se observaron grandes diferencias respecto a algunos síntomas: entre los hombres de 85 o más años de edad la prevalencia en Islandia de «estado de ánimo deprimido», «llanto», «imposibilidad de llorar», «no vale la pena vivir» y «deseo de morir» fue del 9, 3, 4, 2 y 3 %, respectivamente, mientras que en Munich fue del 50, 33, 26, 30 y 29 %, y en Berlín del 41, 21, 15, 16 y 25 %; por otra parte, no hubo diferencias en relación con los síntomas de «culpa» y «pérdida de vitalidad». Estas diferencias también fueron evidentes en las mujeres (v. también 24).

Tal como era de esperar por la prevalencia de los niveles de depresión, muchos de los síntomas fueron más frecuentes en las mujeres. En los centros en los que la prevalencia de la depresión fue baja se observó la tendencia hacia una sintomatología menor entre las personas normales (es decir, las que no alcanzaron ningún nivel depresivo), aunque hubo situaciones de falta de congruencia de manera que un nivel bajo de síntomas en las personas «normales» no se asoció de manera necesaria a un nivel bajo de síntomas en las personas con depresión.

Discusión

La conclusión es que entre los centros hubo variaciones sorprendentes en la prevalencia de los síntomas depresivos y que estas variaciones no siempre fueron congruentes con los niveles de depresión. La observación de un nivel mayor de síntomas graves de depresión en los pacientes de 85 o más años de edad evaluados en los centros alemanes, en comparación con los evaluados en otros centros, sobre todo en Islandia, puede haber sido debida a los recuerdos de las consecuencias de la Segunda Guerra Mundial por parte de esta generación.

Las variaciones relacionadas con la edad fueron menores de las esperadas y no mostraron congruencia entre los centros. No se observó una relación constante en todos los centros en las proporciones de síntomas entre las personas normales y los casos. En conjunto, se puede señalar que los niveles de sintomatología depresiva fueron bajos en más del 60 % de las personas europeas de edad avanzada, de manera que este resultado no apoya el estereotipo peyorativo de que los europeos mayores padecen depresión de manera natural.

ESTUDIO 2A: HARMONIZACIÓN DE LOS PARÁMETROS PARA DETERMINAR LA DEPRESIÓN EN LAS PERSONAS DE EDAD AVANZADA

Método

Dado que se han unido al consorcio nuevos centros que no han utilizado el sistema GMS AGECA, se ha intentado la armonización de los parámetros de medición de la depresión a través del uso de elementos de la GMS, con obtención de una escala común (la EURO-D, 25). La mayor parte de los centros que no han utilizado el sistema GMS AGECA han aplicado las escalas Short Care, Center for Epidemiological Studies-Depressive Scale (CES-D), Comprehensive Psychopathological Rating Scale (CPRS) y Zung Self Rating Depression Scale (ZSDS). Los elementos comunes fueron identificados mediante el análisis de estos instrumentos y se generaron algoritmos para el ajuste a la GMS de los elementos procedentes de otros instrumentos. El proceso se llevó a cabo mediante la observación directa de la correspondencia de los elementos o bien a través de la opinión de expertos. La escala resultante de 12 elementos fue comprobada en cada centro para determinar su congruencia interna, la validez de los criterios y la uniformidad de los factores y de los perfiles analíticos.

Resultados

La conclusión es que la escala EURO-D, procedente de cualquiera de las demás escalas utilizadas, mostró una congruencia adecuada en la determinación de los aspectos básicos del instrumento del que provenía. También se consideró que presentaba una estructura factorial comparable con independencia de su origen, aunque fue óptima la solución mediante dos factores. Los síntomas de «depresión», «llanto» y «deseo de morir» constituyeron el primer factor, que fue denominado «sufrimiento afectivo», mientras que los síntomas de «pérdida de interés», «dificultades para la concentración» y «falta de capacidad de disfrute» constituyeron el segundo factor, denominado «factor de motivación». La conclusión es que los diversos parámetros de medición de la depresión abordaron las regiones conceptuales comunes y a menudo incluyeron elementos similares. Incluso las diferencias en la forma de aplicación (p. ej., aplicación por parte de los participantes o mediante una entrevista clínica semiestructurada) no parecieron impedir la obtención de datos genéricamente comparables respecto a las propiedades comunes de las escalas.

ESTUDIO 2B: APLICACIÓN DE LA ESCALA EURO-D

Método

Los participantes en las 14 encuestas de población sirvieron para evaluar la escala EURO-D con respecto a los efectos interactivos principales inducidos por el centro, la edad, el sexo y el estado civil (v. también 26). La variancia entre los centros fue clasificada según las subcaracterísticas del propio centro, su localización geográfica, la religión predominante y el instrumento utilizado para la encuesta.

Resultados

Se demostró que las puntuaciones obtenidas con la escala EURO-D tendieron a aumentar al avanzar la edad, a diferencia de

los niveles de prevalencia de la depresión. Las mujeres mostraron generalmente puntuaciones mayores que los hombres, y las personas viudas o separadas puntuaciones también mayores que las que estaban casadas o habían permanecido solteras toda su vida.

Discusión

Aparentemente, la escala EURO-D se pudo reducir a dos factores bien caracterizados, la «motivación» y el «sufrimiento afectivo». El factor de motivación pareció explicar la asociación positiva con la edad, mientras que el factor de sufrimiento afectivo fue el responsable de la diferencia de sexo. Esta diferencia de sexo quedó modificada por el estado civil, de manera que fue casi inexistente en las personas que nunca habían contraído matrimonio mientras que fue igualmente evidente en las personas casadas en la actualidad, las separadas y las viudas. No se demostró el incremento en la diferencia de sexo al avanzar la edad. Los efectos de la edad, el sexo y el estado civil explicaron menos del 1 % de la variancia en la escala EURO-D.

La conclusión es que hubo diferencias importantes en los centros que no fueron explicadas por la edad, el sexo o el estado civil de los participantes, así como tampoco por los instrumentos utilizados para su evaluación.

En los 14 centros europeos se han observado efectos pequeños pero razonablemente constantes introducidos por la edad, el sexo y el estado civil sobre la sintomatología de depresión. La conclusión es que mientras que los síntomas de depresión aumentan con la edad, en las personas de edad avanzada puede haber una tendencia al diagnóstico excesivo de depresión debido al incremento en las actitudes de falta de interés y motivación que pueden tener un carácter afectivo neutro y que posiblemente están más relacionadas con un deterioro cognitivo.

ESTUDIO 3: ACTITUD RELIGIOSA Y SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN EUROPA

Método

En nuestro estudio se ha evaluado la influencia de la religión sobre la sintomatología depresiva y sobre la depresión en los centros europeos. En este análisis se utilizó la escala EURO-D para facilitar la participación de todos los centros, tanto de los originales como de los añadidos. La influencia de la religión tiene interés respecto a la colaboración dadas las diferencias entre el norte y el sur de Europa, así como entre los grupos protestantes y católicos romanos, de manera que algunos centros católicos (Irlanda, Bélgica y en parte Liverpool) están situados en las zonas más septentrionales del continente, mientras que otros centros católicos como España, Italia y Francia lo están más al sur. La adición de Albania tuvo la ventaja de introducir un grupo religioso predominantemente musulmán (v. también 27).

Los efectos protectores de la religión fueron evaluados a través de los datos obtenidos en 13 estudios sobre población general efectuados en 11 centros.

Resultados

En los países católicos se observaron menos síntomas depresivos así como una tasa mayor de asistencia regular a la iglesia, mientras que en los países protestantes se detectaron niveles mayores de sintomatología depresiva junto a niveles menores de asistencia a la iglesia. La conclusión es que la práctica religiosa, sobre todo cuando

aparece incluida en un sistema tradicional de valores, puede ayudar a superar la adversidad en las etapas finales de la vida.

Los efectos interactivos demostraron que los resultados son más pronunciados en las mujeres mayores. La conclusión es que los europeos de edad avanzada parecen evolucionar mejor si siguen una práctica religiosa.

CONCLUSIONES

Cualquiera que sea su interpretación, estos resultados dejan claro que la depresión es una enfermedad frecuente entre las personas europeas de edad avanzada. Aunque no ha sido posible determinar el tamaño de la población que recibe tratamiento, sabemos que en los centros de Londres y Liverpool es muy inferior al 15 % de las personas cuya depresión se considera susceptible de tratamiento. No hay razones para suponer que estas cifras sean mejores en otros países europeos. Casi con toda certeza, se están perdiendo oportunidades de aplicar tratamientos efectivos.

EL FUTURO

El consorcio está evaluando en la actualidad los factores de riesgo y el pronóstico de la depresión en este grupo de edad. También se van a examinar la comorbilidad con los procesos orgánicos, especialmente con la demencia. Mediante el uso del Experience Sampling Method desarrollado en el Maastrich Center se están evaluando aspectos como la vida cotidiana, la discapacidad y la depresión, la validez de los parámetros sociales de la depresión y el concepto de incapacidad y de vida cotidiana en las personas europeas de edad avanzada.

El consorcio pretende ampliar su trabajo a la realización de ensayos clínicos terapéuticos con asignación aleatoria y control para el estudio de la depresión en los distintos centros y para obtener métodos mejores que permitan la provisión del servicio.

El consorcio EURODEP ha facilitado la creación del consorcio ASIADep constituido por nueve centros de características similares distribuidos en países asiáticos (Japón, China, Corea del Sur, Taiwan, Singapur, Malasia e India) y que pronto van a publicar sus resultados.

World Psychiatry 2004; 1: 45-49

Bibliografía

1. Beekman ATF, Copeland JRM, Prince MJ. Review of community prevalence of depression in later life. *Br J Psychiatry* 1999;174:307-11.
2. Van Ojen R, Hooijer C, Jonker C et al. Late-life depressive disorder in the community, early onset and the increase of vulnerability with increasing age. *J Affect Disord* 1995;33:159-66.
3. Helmchen H, Linden M, Wernicke T. Psychiatrische Morbidität bei Hochbetagten: Ergebnisse aus der Berliner Altersstudie. *Nervenarzt* 1996;67:739-50.
4. Lawlor BA, Bruce I, Swanwick GRJ et al. Prevalence of mental illness in an elderly community dwelling population using AGE-CAT. *Irish J Psychol Med* 1994;11:157-9.
5. Magnusson H. Mental health of octogenarians in Iceland. An epidemiological study. *Acta Psychiatr Scand* 1989;79 (Suppl. 349).
6. Saunders PA, Copeland JRM, Dewey ME et al. The prevalence of dementia, depression and neurosis in later life: the Liverpool MRC-ALPHA study. *Int J Epidemiol* 1993;22:838-47.
7. Livingston G, Hawkins A, Graham N et al. The Gospel Oak Study: prevalence rates of dementia, depression and activity lim-

- itation among elderly residents in inner London. *Psychol Med* 1990;20:137-46.
8. Meller I, Fichter M, Schroppel H et al. Mental and somatic health and needs for care in octo- and nonagenarians: an epidemiological study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1993;242:286-92.
 9. Turrina C, Perdon G, Bianchi L et al. Disturbi psichici (DSM-III-R) nella popolazione anziana del quartiere di Verona-Sud. Dati preliminari. *Riv Sper Fren* 1991;64:1006-13.
 10. Lobo A, Dewey M, Copeland JRM et al. The prevalence of dementia among elderly people living in Zaragoza and Liverpool. *Psychol Med* 1992;22:239-43.
 11. Skoog I, Nilsson L, Landahl S et al. Mental disorders and the use of psychotropic drugs in an 85 year old urban population. *Int Psychogeriatrics* 1993;5:33-48.
 12. Roelands M, Wostyn P, Dom H et al. The prevalence of dementia in Belgium: the population-based door-to-door survey in a rural community. *Neuroepidemiology* 1994;13:155-61.
 13. Barberger Gateau P, Chaslerie A, Dartigues JF et al. Health measures correlates in the French elderly community population: the PAQUID study. *J Gerontol* 1992;47:S88-S95.
 14. Kivela S-L, Pahkala K, Laipala P. Prevalence of depression in an elderly Finnish population. *Acta Psychiatr Scand* 1988;78: 401-13.
 15. Beekman ATF, Deeg DJH, van Tilberg T et al. Major and minor depression in later life: a study of prevalence and associated factors. *J Affect Disord* 1995;36:65-75.
 16. Copeland JRM, Beekman ATF, Dewey ME et al. Depression in Europe. Geographical distribution among older people. *Br J Psychiatry* 1999;174:312-21.
 17. Copeland JRM, Kelleher MJ, Kellett JM et al. A semi-structured clinical interview for the assessment of diagnosis and mental state in the elderly. The Geriatric Mental State Schedule. I. Development and reliability. *Psychol Med* 1976;6:439-49.
 18. Gurland BJ, Fleiss JL, Goldberg K et al. A semi-structured clinical interview for the assessment of diagnosis and mental state in the elderly. The Geriatric Mental State Schedule 2. A factor analysis. *Psychol Med* 1976;6:451-9.
 19. Copeland JRM, Dewey ME, Griffiths-Jones HM. Computerised psychiatric diagnostic system and case nomenclature for elderly subjects: GMS and AGE-CAT. *Psychol Med* 1986;16:89-99.
 20. Dewey ME, Copeland JRM. Computerised psychiatric diagnosis in the elderly: AGE-CAT. *J Microcomputer Appl* 1986;9:135-40.
 21. Copeland JRM, Dewey ME, Griffiths-Jones HM. Dementia and depression in elderly persons: AGE-CAT compared with DSM III and pervasive illness. *Int J Geriatr Psychiatry* 1990;5:47-51.
 22. Ames D, Flynn E, Tuckwell V et al. Diagnosis of psychiatric disorder in elderly, general and geriatric hospital patients: AGE-CAT and DSM-III-R compared. *Int J Geriatr Psychiatry* 1994;9:627-33.
 23. Copeland JRM, Chen R, Dewey ME et al. Community-based case-control study of depression in older people. Cases and subcases from the MRC-ALPHA study. *Br J Psychiatry* 1999;175:340-7.
 24. Copeland JRM, Beekman ATF, Dewey ME et al. Cross-cultural comparison of depressive symptoms in Europe does not support stereotypes of ageing. *Br J Psychiatry* 1999;174:322-9.
 25. Prince MJ, Reischies F, Beekman ATF et al. Development of the EURO-D Scale - A European union initiative to compare symptoms of depression in 14 European centres. *Br J Psychiatry* 1999;174:330-8.
 26. Prince MJ, Beekman ATF, Deeg DJH et al. Depression symptoms in late life assessed using the EURO-D Scale. The effect of age, gender and marital status in 14 European centres. *Br J Psychiatry* 1999;174:339-45.
 27. Braam A, van den Eeden P, Prince MJ et al. Religion as a cross cultural determinant of depression in elderly Europeans: results from the EURODEP collaboration. *Psychol Med* 2001;31:803-14.

Aflicción postraumática en los padres que perdieron a sus hijos en el incendio de la Kyanguli School, en Kenia

DAVID M. NDETEI¹, CALEB J. OTHIENO¹, BENSON GAKINYA¹, ABLE NDUMBU¹, ALI OMAR¹, DONALD A. KOKONYA¹, FRANCISCA A. ONGECHA¹, VICTORIA MUTISO¹, VIOLET OKETCH¹, JUDY MWANGI²

¹Department of Psychiatry, University of Nairobi, P.O. Box 19676, Nairobi, Kenya

²African Medical Research Foundation, P.O. Box 18617, Nairobi, Kenya

Tras el fallecimiento de 67 niños en el incendio de la Kyanguli School, en una zona rural de Kenia, se ha evaluado el nivel de aflicción postraumática en una muestra de 164 padres y tutores de los niños que murieron en esta tragedia. Este estudio ha tenido un diseño transversal. Desde poco tiempo después de la tragedia se ofrecieron servicios de orientación psicológica a todos los padres que perdieron a sus hijos en el incendio. Los participantes en el estudio fueron entrevistados mediante la Traumatic Grief Scale. Un grupo de 92 padres/tutores fue entrevistado 2 meses después de la tragedia, mientras que el otro grupo de 72 padres o tutores lo fue 7 días después. El segundo grupo también completó el Self Rating Questionnaire (SRQ) y la escala Ndetei-Othieno-Kathuku (NOK). Más del 90 % de los padres de ambos grupos tenía una gran predisposición a hacer algo por su hijo difunto y con mucha frecuencia se encontraba a sí mismo buscando al hijo perdido. No se observaron muchas diferencias entre ambos grupos en lo relativo al perfil sintomático o la intensidad de los síntomas. Parece que el servicio de orientación psicológica ofrecido produjo un efecto mínimo sobre los niveles de aflicción.

Palabras clave: incendio en la Kyanguli School, aflicción postraumática, trastorno por estrés postraumático, orientación psicológica

En la noche del 25 al 26 de marzo de 2001, en la Kyanguli High School tuvo lugar un incendio supuestamente provocado. El incendio afectó a uno de los dormitorios en el que dormían los estudiantes. Un total de 67 de estos estudiantes sufrió quemaduras hasta morir mientras que otros presentaron diversas lesiones físicas. No fue posible identificar a 58 de los estudiantes que fallecieron en el incendio, dada la gran intensidad de sus quemaduras. Por ello, los padres decidieron efectuar un enterramiento en masa en el recinto del colegio. Poco tiempo después del incendio se iniciaron varias formas de intervención. Se ofreció orientación psicológica a partir de las primeras semanas desde la tragedia.

En otras tragedias similares se ha observado una gran similitud entre la aflicción que sufren los familiares de las víctimas y el trastorno por estrés postraumático (TEPT) (1). Sin embargo, también se han observado algunas diferencias. Los síntomas de reexperimentación y de preocupación no siempre son perturbadores e incluso pueden ser consoladores (2). Las personas que sufren aflicción postraumática evitan las situaciones y actividades que inducen soledad, así como los aspectos que les pueden recordar la pérdida que han sufrido, pero no los que precipitan el temor y la ansiedad (3). En una pequeña proporción de casos se ha observado hiperactividad e hipervigilancia (4) en relación con las situaciones de búsqueda de las pertenencias de los fallecidos en el lugar de la tragedia (5) más que con el temor a la experiencia no deseada.

Amichai (6) y Archer (7) señalaron que la aflicción es más intensa en las personas de mayor edad y es congruente con el valor que se otorga a los hijos perdidos. Los antecedentes de exposición a procesos traumáticos y la presencia de otros trastornos psiquiátricos han dado lugar a una reacción de aflicción de mayor intensidad (8). En la mayor parte de los estudios que se han realizado acerca de la aflicción postraumática han participado grupos de personas que solicitaron ayuda psiquiátrica o médica, y estos estudios se han efectuado principalmente en países occidentales; en algunos casos los grupos de participantes han sido menos de 40. En nuestro estudio se analiza la aflicción postraumática en padres y tutores de las víctimas de la tragedia que supuso el incendio de la Kyanguli School.

MÉTODOS

El estudio tuvo un diseño descriptivo y transversal. Los participantes fueron los padres y tutores de los estudiantes falleci-

dos en la Kyanguli High School. Estas personas fueron entrevistadas en dos grupos de 92 y 72 padres/tutores (denominados grupos I y II), el primero de ellos 2 meses después del incendio y el segundo una semana más tarde. Antes de las entrevistas se obtuvo el consentimiento informado de los participantes. Previamente, se había obtenido el permiso de la autoridad administrativa local. Se registraron los datos sociodemográficos mediante un cuestionario que había sido desarrollado específicamente para su aplicación a la comunidad evaluada en nuestro estudio. La aflicción postraumática fue analizada mediante la Traumatic Grief Scale desarrollada por Prigerson y cols. (9). Previamente, esta escala había sido traducida del inglés al idioma local. Los síntomas de la aflicción postraumática evaluados mediante la Traumatic Grief Scale se agrupan en cuatro subcategorías que determinan tanto la frecuencia como la intensidad de los síntomas: preocupación, evitación, reexperimentación e hiperactividad.

Además de la Traumatic Grief Scale, el segundo grupo de padres/tutores fue evaluado mediante el Self Rating Questionnaire (SRQ) (10) y mediante la escala Ndetei-Othieno-Kathuku (NOK) (11). El SRQ y la escala NOK son listas de síntomas. La escala NOK es un instrumento sensible al factor cultural que fue desarrollado para evaluar los síntomas de ansiedad y depresión que sufren con mayor frecuencia los nativos de Kenia, pero que también es adecuado para su aplicación a otros grupos de población con un contexto sociocultural similar. Tras la evaluación mediante los instrumentos estructurados, a los padres/tutores se les solicitó que ofrecieran cualquier información adicional que pensaran que no había quedado cubierta de manera adecuada en los cuestionarios. El análisis de los datos se realizó mediante el programa informático estadístico Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versión 10.0.

RESULTADOS

Variabes sociodemográficas

En el grupo I, el 47,8 % de los participantes era de sexo masculino y el 52,2 % de sexo femenino, mientras que en el grupo II estos porcentajes fueron del 60,6 y el 39,4 %, respectivamente.

La edad media en ambos grupos fue de 45 años (rango, 27-67 años). Las formas de vida en el hogar tuvieron un patrón muy similar, de manera que la mayor parte (81 y 60 %, respectivamente) de los padres/tutores vivía con sus hijos (cuando había vacaciones escolares) y con su cónyuge. Sólo el 25 % de los participantes de ambos grupos tenía un empleo formal, con unos ingresos mensuales medios de 5.000 KSh (60 dólares estadounidenses). Excepto dos, todos los demás padres tenían otros hijos, y sólo el 9,8 y el 10,7 % de estos padres, respectivamente, no tenía ningún otro hijo de sexo masculino. Todos los estudiantes que fallecieron en el incendio eran varones. El 60 y el 66 % de los niños fallecidos en el incendio, respectivamente, ocupaba entre la primera y la tercera posición en el orden de nacimiento.

Aflicción postraumática

En la tabla 1 se recogen las puntuaciones medias en las subescalas de preocupación, evitación, reexperimentación e hiperactividad de la Traumatic Grief Scale. El porcentaje de valoraciones positivas de los elementos individuales de la escala queda resumido en la tabla 2. Aunque ambos grupos fueron entrevistados con una semana de diferencia, sus perfiles sintomáticos y la intensidad de sus síntomas tuvieron características similares. En lo relativo a la preocupación, las puntuaciones también fueron similares en ambos grupos.

La intensidad de la evitación se relacionó de manera negativa con el número de hijos supervivientes (coeficiente de Pearson = -0,319; $p = 0,008$). La hiperactividad también se relacionó de manera negativa con el número de hijos supervivientes, pero no significativamente (coeficiente de Pearson = -0,231; $p = 0,058$). Se demostró una relación similar con el síntoma de reexperimentación, aunque de nuevo la relación no fue significativa. No hubo relación entre la intensidad de la evitación y el sexo de los padres/tutores. Los síntomas de reexperimentación fueron más frecuentes en las mujeres que en los hombres, pero la diferencia no fue significativa.

Otros síntomas de estrés

En la tabla 3 se recoge el resumen de las puntuaciones obtenidas con el SRQ en el grupo II. En la escala NOK, sobre una pun-

Tabla 1 Puntuaciones medias en las subescalas de la Traumatic Grief Scale obtenidas por los padres que participaron en el estudio (la puntuación máxima en cada subescala aparece entre paréntesis)

Subescala	Grupo I (n = 92)	Grupo II (n = 72)
Preocupación		
Frecuencia (12)	10,22	10,56
Intensidad (12)	9,71	10,43
Evitación		
Frecuencia (32)	25,91	28,12
Intensidad (32)	24,93	27,61
Reexperimentación		
Frecuencia (4)	2,36	3,71
Intensidad (4)	2,27	3,60
Hiperactividad		
Frecuencia (20)	16,25	14,32
Intensidad (20)	15,46	17,17

tuación máxima posible de 132 se obtuvo una puntuación media de 74,68 (mediana, 77; moda, 132; rango, 1-32). La puntuación media en cada uno de los elementos de la escala NOK fue 2,26.

Datos cualitativos

En el apéndice I se resumen los ejemplos típicos respecto a los diferentes síntomas y formas de disfunción. Los participantes ofrecieron libremente estos ejemplos tras la finalización del cuestionario formal.

DISCUSIÓN

Los síntomas de la aflicción postraumática evaluados mediante la Traumatic Grief Scale son similares a los observados en los padres que perdieron a sus hijos en el desastre de Oklahoma (12). Más del 90 % de los padres de ambos grupos tenía una gran predisposición a hacer algo por su hijo difunto y con mucha frecuencia se encontraba a sí mismo buscando al hijo perdido. A pesar de tener otros hijos y familiares, se sentían solos tras la pérdida. Hubo sentimientos de desinterés y un sentimiento intenso de incredulidad, en el 94 % en ambos grupos. El 73,8 y el 90,7 % de los participantes en los grupos I y II, respectivamente, hubo un sentimiento intenso de inutilidad respecto al futuro, con dificultades para imaginarse una vida plena sin la compañía del difunto y con una sensación de inseguridad debido a su pérdida.

Aunque la intensidad de la reexperimentación fue más frecuente entre las mujeres que entre los hombres, las diferencias no fueron estadísticamente significativas. La explicación de esta observación no ha quedado clara, aunque podría indicar la existencia de una unión afectiva más intensa entre las madres y sus hijos.

Los perfiles sintomáticos evaluados en éste y en otros estudios similares sugieren una relación entre la aflicción postraumática y el TEPT. Otros autores (1) han observado una concordancia diagnóstica baja entre la aflicción postraumática y el TEPT. En nuestro estudio, hasta el 63 % de los participantes con aflicción postraumática no cumplía los criterios diagnósticos de TEPT. Es necesario establecer la naturaleza de dicha relación a través de nuevos estudios.

A pesar de que ambos grupos fueron entrevistados con una semana de diferencia, no se observaron grandes diferencias en lo relativo al perfil sintomático o a la intensidad de los síntomas. Prigerson y cols. (9) observaron que los síntomas de la aflicción postraumática desaparecen de manera secundaria con el tiempo. Inicialmente, hay un deterioro progresivo seguido de una fase de aplanamiento. Dado que nuestro estudio se realizó 2 meses después de la tragedia, esta evolución podría explicar las diferencias mínimas observadas entre los dos grupos de padres.

Los elevados niveles de alteración postraumática observados en nuestro estudio se pueden contemplar de varias maneras. En primer lugar, los niños fallecidos representaban la esperanza y el futuro no sólo de sus padres sino también de toda su familia. Eran considerados factores importantes en el bienestar económico y emocional futuro de sus familias. Aunque no poseemos datos acerca del nivel educativo de sus hermanos, es posible que a estos otros niños no se les hayan ofrecido los mismos privilegios respecto a su educación. En segundo lugar, los padres consideraban que habían contribuido al fallecimiento de sus propios hijos al hacer que fueran a ese colegio en concreto. En tercer lugar, la naturaleza horrible de la tragedia, incluyendo la imposibilidad de identificación de los cuerpos de

Tabla 2 Porcentaje de valoraciones positivas de los elementos individuales de la Traumatic Grief Scale entre los padres que participaron en el estudio

Elemento	Valoraciones positivas (%)	
	Grupo I (N = 92)	Grupo II (N = 72)
1 ¿Anhela hacer algo por el hijo fallecido o le echa de menos?	98,6	97,3
2 ¿Se encuentra a veces buscando al hijo fallecido?	88,4	94,7
3 ¿Se siente solo debido al fallecimiento de su hijo?	97,1	100
4 ¿Fue traumática esta pérdida para usted?	97,1	100
5 ¿Se siente entumecido o indiferente a las personas?	83,1	89,3
6 ¿Se siente como pasmado, aturdido o conmocionado por la muerte?	97,1	98,8
7 ¿Se siente incrédulo respecto a la muerte?	94,0	94,7
8 ¿Evita de manera activa las cosas que le recuerdan al hijo fallecido?	87,0	93,3
9 ¿Tiene una sensación de inutilidad respecto al futuro?	73,8	90,7
10 ¿Siente que su vida está vacía o que no tiene sentido?	71,8	86,7
11 ¿Tiene dificultades para imaginar una vida plena sin el hijo fallecido?	95,7	96,0
12 ¿Siente que se ha muerto parte de usted mismo?	94,2	98,8
13 ¿Ha sufrido síntomas o ha reconocido en usted mismo comportamientos peligrosos similares a los que sufrió su hijo fallecido?	95,6	96,0
14 ¿Tiene un sentimiento inseguridad a consecuencia del fallecimiento de su hijo?	95,6	96,0
15 ¿Tiene un sentimiento de pérdida de control a consecuencia del fallecimiento de su hijo?	82,6	94,7
16 ¿Se siente receloso de los demás a consecuencia del fallecimiento de su hijo?	90,1	92,0
17 ¿Siente rabia o amargura a consecuencia del fallecimiento de su hijo?	94,3	98,7
18 ¿Se siente ansioso o al borde de un ataque de nervios?	91,4	97,3

Tabla 3 Puntuaciones medias en el Self Rating Questionnaire (SRQ) en los padres que participaron en el estudio (la puntuación máxima para cada dimensión aparece entre paréntesis)

Dimensión del SRQ	Puntuación media
Ansiedad/depresión (20)	14,76
Tendencia psicótica (4)	1,24
Trastorno orgánico (1)	0,05
Alcohol (5)	0,28

los fallecidos, pudo haber contribuido al elevado nivel del traumatismo psicológico. Las familias que sufren este tipo de pérdida suelen preferir el enterramiento de los fallecidos según sus propias costumbres y creencias. En última instancia, el hecho de que el incendio hubiera sido provocado aparentemente por otros estudiantes también causó un gran dolor.

Mediante la escala NOK y el SRQ se evaluaron otras formas de psicopatología. Las puntuaciones obtenidas con la escala NOK en los padres del grupo II mostraron niveles elevados de estrés. Las puntuaciones obtenidas con el SRQ también fueron elevadas. Estos instrumentos registraron niveles elevados de ansiedad y depresión. Los síntomas psicóticos fueron generalmente bajos entre los padres. No se observaron casos de alcoholismo para aliviar el estrés entre los padres entrevistados.

Todos los padres entrevistados habían recibido alguna forma de orientación psicológica y de sesiones de tipo informativo antes de que se realizara el estudio. Sus reacciones frente a estas sesiones fueron variadas, pero la mayoría señaló que no le habían sido de mucha utilidad. Este hecho quedó reflejado en los resultados, que mostraron puntuaciones elevadas en los síntomas relativos a la aflicción postraumática.

CONCLUSIONES

Los resultados de este estudio parecen indicar que los síntomas de la aflicción postraumática muestran solapamiento con los del TEPT. La naturaleza de esta relación no ha sido deter-

minada todavía. Posiblemente, se pueda establecer en nuevos estudios de investigación, como sería el seguimiento de los participantes en nuestro estudio. Parece que la orientación psicológica tuvo un impacto mínimo dado que los niveles de aflicción todavía eran elevados 2 meses después de la tragedia. Por tanto, no sabemos si el proceso de aflicción que sufren las personas que han presentado este tipo de pérdida se debería dejar a su evolución natural. Son necesarios nuevos estudios para confirmarlo.

Agradecimientos

Los autores quieren dar las gracias a los padres de los estudiantes fallecidos por aceptar la participación en el estudio; al personal y a los estudiantes de la Kyanguli High School; al Nairobi Psychotherapy Services and Institute (NPSI) por la cesión de las instalaciones físicas y el personal necesarios para realizar el estudio; al Dr. Griffin (director del Starehe Boy's Centre) y a su subdirector, el Sr. Okono; y a los estudiantes de informática del Starehe Boy's Centre.

APÉNDICE I

Ejemplos de las respuestas ofrecidas por los padres

Hipervigilancia y evitación

Ésto (el pensamiento sobre lo sucedido) me hace temblar a veces, cuando me sobreviene. En ocasiones puedo sufrir sacudidas, aunque siempre intento evitarlas.

Tengo dificultades para hablar acerca de este hijo. Él era la única esperanza para la familia. Su padre falleció hace mucho tiempo.

Irritabilidad, pérdida del apetito y entumecimiento

La muerte de mi hijo me ha afectado emocionalmente y también en mis relaciones con otras personas. Ha hecho que pierda la calma, también he perdido el apetito y la mayor parte de las veces me siento como insensible.

He perdido sensibilidad en las piernas, desde los dedos de los pies hacia arriba, y tengo problemas para caminar a causa de esta falta de sensibilidad.

Pensamientos de carácter recurrente

Estos pensamientos dificultan todas mis actividades cotidianas. Cuando acudo a dar clases siempre me acuerdo de mi hijo.

Los sentimientos de aflicción aumentan día tras día, sobre todo cuando estoy solo, debido a que me pongo a pensar en mi hijo fallecido y en todo en dolor que sufrió en su muerte.

Trastornos del sueño y pérdida de memoria

Paso las noches en vela.

Tengo pesadillas continuas.

Hay veces que me es imposible dormir o concentrarme en mis actividades. Un ejemplo típico es cuando acudo a las clases en las que enseño. El pensamiento de la muerte de mi hijo hace que pierda el hilo de lo que estoy diciendo y termino escribiendo palabras incorrectas.

Negación y temor

En nuestra familia, yo comencé a sufrir la aflicción antes que los demás debido a que yo fui el primero de mi familia en escuchar las noticias por la radio. Mi esposa y mis otros hijos no se lo podían creer y pensaban que nuestro hijo fallecido todavía volvería incluso semanas después de su enterramiento. Debido a su muerte, creo que debo modificar mis planes futuros respecto a la familia, incluyendo el cambio de domicilio, debido a que me siendo inseguro en el hogar en donde vivimos ahora.

Alteración de las actividades de interés y aislamiento social

Desde que tuvo lugar la tragedia hay personas que vienen a mi casa a consolar a mi familia, pero la mayor parte de las veces siento que si no fuera por la costumbre *Akamba* durante los duelos los echaría de casa. Tengo dificultades para aceptar la realidad de la muerte. Me gustaría que todo esto fuera sólo un mal sueño.

No pudo cumplir mis objetivos laborales y ya se me han dado dos avisos en este mes. No me puedo concentrar en el trabajo. En muchas actividades sociales y religiosas siento que debería permanecer solo para «razonar» tranquilamente. Incluso me disgusta ver alegre a la gente.

Abuso de sustancias

Desde que ocurrió la tragedia, he empezado a beber grandes cantidades de alcohol en numerosas ocasiones.

Tengo tendencia a tomar alcohol. Me ayuda a olvidar.

Disminución de la libido

Ya no siento nada hacia mi esposa.

Amenorrea y metrorragia

He dejado de tener la regla.

Ha aumentado mi regla.

Depresión y anhedonia

He perdido el interés por todo y no hay nada que me importe. Tengo una actitud de «pasar de todo». La muerte no significa nada para mí.

Respuesta de sobresalto

Desde que falleció el niño, el médico dice que «estoy muy excitado». Me sobresalta todo y siento la cabeza fría.

Paranoia y sospecha

Mi vida ha cambiado desde que no voy a trabajar. Todo el rato veo a mis vecinos, pienso que se están riendo de mí debido a que siempre estoy apenado.

Siento que las personas intentan evitarme y en ocasiones yo también intenté evitar a los demás. Quiero estar solo.

World Psychiatry 2004; 1: 50-53

Bibliografía

1. Prigerson HG, Shear MK, Jacobs SC et al. Consensus criteria for traumatic grief. *Br J Psychiatry* 1999;174:67-73.
2. Rees WB. The hallucinations of widowhood. *Br Med J* 1971;4:37-41.
3. Prigerson HG, Bierhals AJ, Wolfson L et al. Case histories of complicated grief. *Omega* 1997;35:9-24.
4. Horowitz MJ, Siegel B, Holen A et al. Criteria for complicated grief. *Am J Psychiatry* 1997;154:905-10.
5. Raphael B, Martinek N. Assessing traumatic bereavement and posttraumatic stress disorder. In: Wilson JP, Keane TM (eds). *Assessing psychological trauma and PTSD*. New York: Guilford, 1997;373-95.
6. Amichai Y. The aging process and grief. *Am J Psychiatry* 1985;2:210-6.
7. Archer J. Grief and pregnancy loss. *Am J Psychiatry* 1999;1:148-51.
8. Smith EM, North CS, McCool RE et al. Acute post disaster psychiatric disorder, identification of persons at risk. *Am J Psychiatry* 1990;147:202-6.
9. Prigerson HG, Katherine M, Jacobs C et al. Grief and its relation to posttraumatic stress disorder. In: David N, Jonathan RT, Joseph Z. (eds). *Posttraumatic stress disorder. Diagnosis, management and treatment*. London: Dunitz, 2000:163-86.
10. Harding TW, Dearango MV, Baltazar J et al. Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. *Psychol Med* 1980;10:231-4.
11. Dech H, Richter P, Sandermann S et al. Transcultural research on depression – study concept and preliminary results from a Kenyan population. *Eur Psychiatry* 1996;11(Suppl. 4):287s.
12. Pfefferbaum B, Call JA, Lensgraf SJ et al. Traumatic grief in a convenience sample of victims seeking support services after a terrorist incident. *Ann Clin Psychiatry* 2001;13:1-6.

La World Federation for Mental Health: sus orígenes y su relevancia contemporánea respecto a las políticas de la OMS y la WPA

EUGENE B. BRODY

¹Journal of Nervous and Mental Disease, c/o Sheppard & Enoch Pratt Hospital, Baltimore, MD 21285-6815, USA

La World Federation for Mental Health (WFMH) es una organización no gubernamental (ONG) internacional y multiprofesional constituida por ciudadanos voluntarios y por pacientes. Fue fundada en 1948, en la misma época que las Naciones Unidas (NU) y que la Organización Mundial de la Salud (OMS). Durante muchos años, y dirigida principalmente por psiquiatras interesados en los problemas sociales, la paz y los derechos humanos, fue la única ONG de salud mental internacional reconocida por las agencias de NU. Desde finales de la década de 1990, la WFMH ha funcionado como una alianza global de asociaciones nacionales de salud mental implicadas principalmente en los problemas tradicionales de la salud mental así como en su prevención y concienciación, manteniendo su habitual colaboración con la OMS. Sus preocupaciones políticas y las de las distintas asociaciones profesionales internacionales como la WPA podrían caminar juntas a través de asociaciones dirigidas hacia la consecución de objetivos comunes.

Palabras clave: salud mental, políticas, WFMH, OMS, WPA

En un artículo reciente publicado en *World Psychiatry* (1), Wolfgang Rutz de la Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud (OMS) hizo un alegato en favor de una política basada en el renacimiento de «los enfoques de la psiquiatría social y la salud mental social». Observó que la «salud mental y la paz en la sociedad están muy vinculadas entre sí», que las «evaluaciones y el análisis consiguiente del impacto sobre la salud mental de las decisiones políticas deben convertirse en algo habitual» y que la política de salud mental requiere un énfasis principal en la desestigmatización y en la lucha contra la discriminación, entendido todo ello como parte de «un proceso de reconciliación» con el enfermo mental. Por último, señaló que la psiquiatría moderna no puede abdicar de su responsabilidad respecto a los «aspectos de promoción y prevención de la salud mental».

La traducción de esta perspectiva a la acción ya se ha mejorado a través de las asociaciones entre la OMS y las organizaciones no gubernamentales (ONG) internacionales, incluidas asociaciones profesionales como la WPA y la World Federation for Mental Health (WFMH), que es una organización de ciudadanos voluntarios en la que participa un amplio espectro de profesiones. En la medida en que las ONG están exentas de obligaciones gubernamentales, intergubernamentales o relativas a entidades corporativas, es posible facilitar su formulación y la defensa de sus posicionamientos en respuesta a las decisiones políticas. Este planteamiento adquirió una forma concreta a través de Morris Carstairs, presidente de WFMH desde 1967 a 1972, que señaló que la única justificación de una ONG internacional era la adopción por su parte de posiciones en la defensa de lo que es justo y correcto.

La finalidad de esta nota es la de llamar la atención de los miembros de la WPA sobre la evolución de la situación y las posiciones actuales de la WFMH, así como sobre las posibles asociaciones con la misma, dado que esta organización comparte algunas de las inquietudes políticas de la WPA, así algunas de las de la OMS. Hay publicada una descripción detallada de la historia de la WFMH desde su fundación en 1948 hasta 1997 (2).

LOS ORÍGENES DE LA WFMH

La WFMH tiene dos raíces. La primera de ellas quedó expresada en su organización predecesora, el International Com-

mittee for Mental Hygiene (ICMH) constituido en 1919 por Clifford Beers -un antiguo paciente psiquiátrico (3,4) que planificó una red internacional de asociaciones nacionales de salud mental dedicadas a «la protección del loco»- que luego fue reorganizado en 1930 tras el Primer Congreso Internacional de Higiene Mental que convocó en Washington a unos 4.000 profesionales (psiquiatras, psicólogos, planificadores sanitarios y otros).

La segunda y más inmediata raíz de la WFMH está en la esperanza de la paz a través de la colaboración internacional surgida tras la Segunda Guerra Mundial. Esta iniciativa culminó en 1948 con la constitución de las Naciones Unidas (NU) y de la OMS como organización asociada asociada. La OMS y la United Nations Educational, Cultural and Scientific Organization (UNESCO), que ya había sido constituida previamente, fueron los organismos patrocinadores clave del Tercer Congreso Internacional de Higiene Mental que tuvo lugar en Londres (1948) y en el que el ICMH se transformó en la WFMH. Este Congreso constituyó una oportunidad para que las asociaciones nacionales de salud mental reanudaran sus contactos internacionales interrumpidos por la guerra. Sin embargo, el impulso real para la creación de una nueva entidad internacional de salud mental provino de los psiquiatras, que la concibieron tanto como un organismo de promoción de la causa para la paz mundial como una organización de conexión entre las Naciones Unidas y las asociaciones voluntarias de salud mental de todo el mundo. El concepto de esta ONG nueva y su propia denominación fueron sugeridos por G. Brock Chisholm, un psiquiatra y general de división canadiense que en 1948 se convirtió en el primer director general de la OMS. Su sugerencia tuvo lugar en noviembre de 1946, en un pequeño encuentro de los psiquiatras de Nueva York que se llevó a cabo en la consulta de George Stevenson, director médico de la asociación nacional de salud mental estadounidense, convocado por el británico John R. Rees, un pionero de la psiquiatría social que había fundado la Tavistock Clinic y que fomentó el uso de los métodos de grupo en el ejército británico.

El documento de constitución de la WFMH, «Salud mental y ciudadanía mundial», definió el concepto de «ciudadanía mundial» en términos de una «humanidad común» que respetaba las diferencias individuales y culturales, y declaró que «la meta última de la salud mental es ayudar [a las personas] a vivir con sus congéneres en un mundo único». Este documento se elaboró en una reunión extraordinaria que tuvo lugar en agosto de 1948, y

un ponente clave del mismo fue el psiquiatra Harry Stack Sullivan, partidario ardiente de la «voluntariedad mundial», que llegó a dicha reunión justo después de participar en la primera conferencia de la UNESCO dedicada a reducir las «tensiones que causan la guerra». Junto con Chisholm, Sullivan esperaba que alguna forma de «lealtad mundial» quizá pudiera sustituir a la lealtad primaria a la nación o al grupo étnico. En 1945 había invitado a Chisholm a que disertara en la William Alanson White Foundation sobre «La psiquiatría de la paz y el progreso social duraderos». El reto lanzado por Chisholm a sus compañeros psiquiatras fue claro: «Junto con las demás ciencias humanas, la psiquiatría debe decidir ahora cuál será el futuro inmediato de la raza humana. Nadie más puede hacerlo» (5). Sullivan publicó este alegato en las páginas de la revista *Psychiatry*, con un editorial en el que exigía una «revolución cultural para acabar con la guerra» liderada por los psicoterapeutas y por los profesionales de las ciencias sociales (6).

LA POLÍTICA DE LA WFMH

Por consiguiente, la WFMH estuvo implicada desde su mismo comienzo tanto por la educación de la sociedad y de los profesionales influyentes como por las relaciones humanas, con el objetivo de atender tanto a la salud de los individuos como de los grupos sociales y las naciones. Estos objetivos se ajustaron a los intereses de Rees, que estuvo de acuerdo en ser el primer presidente y luego, un año después, director de la WFMH, permaneciendo en ese puesto hasta 1961. En 1949, Rees elaboró la primera recomendación de la WFMH dirigida a la OMS (en aquel momento presidida por Chisholm) para el establecimiento de una sección de salud mental en la misma. En los años siguientes, Rees escribió que el trabajo conjunto de las dos organizaciones «hizo mucho para ... ayudar a cambiar el clima de opinión acerca de las enfermedades mentales y de la salud mental en muchos países» (7). Este énfasis de la WFMH se ha ampliado a través de la educación y la promoción de la causa que han tenido lugar desde 1992 anualmente a través de la celebración internacional de un Día Mundial de la Salud Mental. Esta celebración se ha convertido en un vehículo para transmitir la información acerca de diversos aspectos relevantes a las asociaciones de salud mental y a los organismos locales.

A medida que se incrementó la familia de organismos afiliados a NU, la WFMH consultó estrechamente con muchos de ellos acerca de una amplia y diversa variedad de proyectos. Sin embargo, con la libertad de ser una ONG y sin la colaboración de NU, la WFMH fue capaz de adoptar posiciones independientes en algunas cuestiones. Así, en 1971 se convirtió en la primera organización mundial de salud mental en adoptar una posición pública contra la explotación totalitaria de la psiquiatría. A comienzos de los años noventa expresó su oposición formal a un aval de NU a los mecanismos estatales del control social.

Entre las inquietudes compartidas con los organismos de NU estaban los problemas de salud mental de los emigrantes y los refugiados, la participación de los niños en conflictos armados, los derechos humanos en relación con las tecnologías biomédicas, los derechos de la mujer y los derechos de las minorías oprimidas. Entre 1981 y 1983 la WFMH se encontró entre las ONG más activas para la promoción de la constitución de un grupo de trabajo de NU que culminó con el reconocimiento en 1991 de los derechos humanos de los pacientes psiquiátricos por parte de la Asamblea General. Trabajó con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en la Declaración de Caracas de 1990 relativa a los derechos de los pacientes y los estándares asistenciales. A me-

diados de los años noventa, la WFMH tuvo un papel principal en el desarrollo del Comité de ONG sobre la salud mental de NU, hoy en día una plataforma clave para el trabajo con los distintos organismos que componen el Consejo Económico y Social (ECO-SOC). El acento puesto por esta federación en los aspectos de promoción y prevención ha dado lugar recientemente a la celebración de dos conferencias internacionales, con representación de la OMS, en las que se han abordado estas cuestiones.

Las inquietudes anteriores y actuales de la WFMH por la desestigmatización y el bienestar de las personas que sufren una enfermedad mental quedan reflejadas en la representación que tienen en sus programas, en su afiliación y en su Junta directiva los supervivientes de la hospitalización psiquiátrica, así como en la adopción por su parte en 1989 de una Declaración de la Salud Mental y de Derechos Humanos. Sin embargo, no se ha convertido principalmente en una organización de defensa de los pacientes y los psiquiatras y otros profesionales siguen teniendo influencia para determinar sus posiciones políticas. Veintitrés de los 32 presidentes que ha tenido entre 1948 y 1997 eran psiquiatras. En sus primeros 50 años, los líderes que ocuparon el puesto de secretario general o equivalente fueron todos ellos psiquiatras.

ASOCIACIONES

Durante muchos años desde su fundación, la WFMH fue la única ONG de su clase que mantuvo una estrecha relación de trabajo con organismos de NU, en particular con la OMS. Sin embargo, en los decenios recientes se han desarrollado varias organizaciones internacionales de salud mental, a menudo limitadas a los miembros de profesiones concretas. Estas organizaciones han satisfecho en grado variable las necesidades que previamente eran abordadas sobre todo por la WFMH. En particular, la WPA se ha convertido en una poderosa fuerza de carácter global. En 1983, por ejemplo, esta organización empezó a considerar los diversos aspectos del abuso totalitario de la psiquiatría. Ahora, la desestigmatización forma parte de su programa. El artículo de Rutz publicado en esta revista indica las áreas en las que se puede considerar el establecimiento de asociaciones fructíferas entre la WFMH, la WPA y sus miembros, incluidas las asociaciones nacionales de salud mental.

World Psychiatry 2004; 1: 54-55

Bibliografía

1. Rutz W. Rethinking mental health: a European WHO perspective. *World Psychiatry* 2003;2:125-7.
2. Brody EB. The search for mental health. A history and memoir of WFMH 1948-1997. Baltimore: Williams and Wilkins, 1998.
3. Beers C. A mind that found itself. New York: Longmans, 1908.
4. Dain N. Clifford W. Beers, advocate for the insane. Pittsburgh: University of Pittsburgh Press, 1980.
5. Chisholm GB. The psychiatry of enduring peace and social progress. *Psychiatry* 1946;9:1-44.
6. Sullivan HS. The cultural revolution to end war. *Psychiatry* 1946;9:81.
7. Rees JR. Reflections: a personal history and an account of the growth of the World Federation for Mental Health. New York: United States Committee of the World Federation for Mental Health, 1966.

La red de investigación sobre práctica clínica: beneficios y limitaciones

NADY EL-GUEBALY, MARK J. ATKINSON

¹Department of Psychiatry, University of Calgary, 1403-29 Street, NW, Calgary, Alberta T2N2T9, Canada

En este artículo se revisa la experiencia obtenida durante 5 años con la red de investigación sobre práctica clínica (RIPC) de la Canadian Psychiatric Association en lo relativo a la provisión de recomendaciones sobre las distintas formas de práctica médica en contextos clínicos típicos. La fuerza de la RIPC reside en la participación activa de los clínicos en su propio control profesional, así como en la capacidad de adaptación y flexibilidad de los instrumentos utilizados en el abordaje de los problemas actuales de relevancia nacional, incluyendo la identificación de las necesidades de tipo educativo. Las limitaciones de la RIPC consisten en el hecho de que los participantes tienen en general una experiencia limitada en investigación y en el hecho también de que el instrumento utilizado puede aportar únicamente respuestas genéricas. Sin embargo, la creación de una RIPC nacional constituye una estrategia efectiva para reducir las distancias existentes entre la práctica clínica y la investigación.

Palabras clave: práctica clínica, investigación, encuesta, red

Una red de investigación sobre práctica clínica (RIPC) proporciona información acerca de la práctica médica y asistencial que tiene lugar en el contexto clínico (1). Las RIPC fueron desarrolladas entre las décadas de 1970 y 1980 en las especialidades de pediatría y de medicina de familia (2). En psiquiatría, la American Psychiatric Association ha trabajado en el desarrollo de su propia RIPC para abordar el problema de la aplicación a la práctica clínica de los protocolos basados en la evidencia (1). Dado que la Canadian Psychiatric Association (CPA) ha completado 5 años de experiencia con su RIPC, parece adecuada la revisión de los beneficios y limitaciones de esta metodología.

El desarrollo de la red en la psiquiatría canadiense tuvo una gestación muy prolongada debido a que fue necesario luchar a brazo partido con diversos problemas entremezclados de objetivos y de financiación. Un primer intento de establecer la red como instrumento para la realización de ensayos clínicos sufragados por la industria tuvo que ser interrumpido debido a la falta de apoyo tanto de la propia industria como de los médicos. La reconsideración del objetivo principal de la red para que representara una forma de auditoría anual de la práctica clínica de los psiquiatras canadienses fue percibida de manera positiva como una respuesta a la necesidad de efectuar un seguimiento y una evaluación del efecto producido sobre la asistencia psiquiátrica canadiense por una amplia gama de prácticas clínicas psiquiátricas que se aplican a nivel real. La actual es una época en la que los valores de responsabilidad y transparencia tienen una consideración muy alta y en la que una especialidad médica que funciona mediante la autorregulación, como la psiquiatría, necesita utilizar estándares internos rigurosos. En 1997, bajo los auspicios de la CPA, se inició una red constituida por voluntarios que debían ser psiquiatras, miembros de la CPA y clínicos con ejercicio activo en Canadá con una actividad asistencial mínima de 15 horas semanales. Inicialmente, tras su aceptación para participar de manera voluntaria, cada uno de los miembros rellenó un cuestionario con datos demográficos, de especialización y de práctica clínica. Estos datos fueron comparados con un directorio nacional reciente de psiquiatras para determinar la representatividad de la red. Durante los años siguientes, el grupo RIPC fue comparado con una muestra de miembros de la CPA elegida al azar y estratificada según la ubicación geográfica de la práctica asistencial. Además, todos los psiquiatras que participaron en la RIPC se comprometieron a mantener el rigor metodológico necesario y a aportar sus conocimientos para mejorar el funcionamiento de la propia red.

Los elementos incluidos en la encuesta nacional fueron seleccionados a partir de las cuestiones de mayor relevancia abordadas por la asociación en aquel momento. Anualmente, los ex-

pertos en cada uno de los problemas abordados constituyeron un comité de dirección para esbozar los problemas que después eran cotejados y editados por los coordinadores de la RIPC, es decir, por los autores de este artículo. El cuestionario fue revisado por el comité ejecutivo de la CPA. El personal administrativo necesario fue cedido por la propia oficina de la CPA y se obtuvo una pequeña financiación para cubrir los gastos de correo y de evaluación.

El número de voluntarios de la RIPC pasó de 129 en 1998 a 291 en 2001. La validez del proceso fue reforzada por los resultados congruentes obtenidos en tres encuestas en las que se demostró que las características y las respuestas de los voluntarios de la RIPC eran muy similares a las de los grupos de comparación constituidos por psiquiatras clínicos estratificados según la ubicación geográfica de su práctica asistencial. Los psiquiatras de este último grupo que respondieron a la encuesta pasaron a formar parte de la RIPC a la siguiente encuesta. La confidencialidad se garantizó a través del desconocimiento de los nombres de los participantes por parte de los investigadores.

ENCUESTAS REALIZADAS POR LA RED DE INVESTIGACIÓN SOBRE PRÁCTICA CLÍNICA

Hasta el momento, las tres encuestas realizadas han cubierto una amplia gama de aspectos de interés para la profesión. Tal como ya se ha mencionado, anualmente se seleccionó un grupo de cuestiones entre las iniciativas principales llevadas a cabo por la CPA. A través de las encuestas sucesivas se determinó como óptima la consideración de cuatro aspectos relativos al perfil convencional de los psiquiatras clínicos. Para evitar la tendencia al desarrollo de cuestionarios demasiado voluminosos, se decidió elaborar un cuestionario con un máximo de 10 páginas a rellenar en aproximadamente 30-45 minutos con el objetivo de evitar la fatiga en las personas encuestadas.

En las tres encuestas efectuadas hasta el momento se han abordado las iniciativas de importancia para la profesión que se citan a continuación.

Control de los perfiles de práctica clínica

La formación y el mantenimiento de los recursos humanos necesarios para solucionar las necesidades de los pacientes es un aspecto clave. La RIPC proporciona un método rentable para controlar las características demográficas de nuestra profesión, la ubicación geográfica de la propia práctica clínica, el número de

pacientes atendidos y las diversas actividades a llevar a cabo (3,5,9). Aunque de vez en cuando van a ser todavía necesarias encuestas más detalladas acerca de nuestras actividades profesionales, la RIPC proporciona una instantánea anual sensible a las modificaciones que tienen lugar de manera rápida.

Consideración del acceso al servicio

El problema del acceso a nuestros servicios profesionales es de dominio público. La RIPC registra las percepciones que tienen los propios profesionales acerca de la oportunidad en el tiempo de este acceso. Sin embargo, en nuestra encuesta se ha confirmado que este acceso no siempre está relacionado de manera exclusiva con la proporción local entre psiquiatras y densidad de población, sino que también depende de los diversos estilos de práctica clínica y de la organización de los propios servicios. Por tanto, esta cuestión sigue teniendo una gran importancia para nuestra profesión (7).

Evaluación de los protocolos de práctica clínica

El desarrollo de los protocolos de práctica clínica (PPC) ha tenido lugar a consecuencia del intento de trasladar los resultados de la investigación a la práctica clínica cotidiana y ha representado otro esfuerzo importante para nuestra profesión. Aunque su gran proliferación y la diversidad de las recomendaciones recogidas en los mismos han dado lugar a una cierta preocupación por parte de los clínicos, los PPC se deben contemplar como un paso adelante en la identificación de la mejor práctica clínica. La evaluación de la concordancia entre las formas actuales de práctica clínica y las recomendaciones recogidas en los protocolos, así como el efecto de la aplicación de estos protocolos sobre la propia práctica clínica, representan una contribución importante de la RIPC.

Hasta el momento, la CPA ha elaborado tres grupos principales de PPC relativos a los trastornos del estado de ánimo, a la esquizofrenia y a la psicoterapia, y la RIPC ha estado implicada en la evaluación de todos ellos (3,6,13).

En todas las actividades abordadas en la encuesta acerca de los PPC hubo una amplia gama de sugerencias. Las recomendaciones dirigidas a los clínicos incluían la necesidad de aplicar algoritmos diagnósticos más sencillos y fáciles de utilizar, la necesidad de tener en cuenta las distintas formas de comorbilidad más prevalentes (4) y la consideración de las áreas infrautilizadas tanto en lo relativo a la medicación como a los aspectos psicosociales (6). Las diferencias de género en la práctica clínica quedaron en evidencia en la encuesta relativa a la psicoterapia (13).

La RIPC no sólo efectúa la evaluación de los PPC ya establecidos sino que ofrece información acerca de las áreas de práctica clínica que requieren este tipo de protocolos. Por ejemplo, en nuestras encuestas se demostró la necesidad de PPC para los trastornos de ansiedad, un área clínica en la que se mantiene la controversia acerca de las ventajas relativas de las distintas estrategias (3). Esta misma necesidad de protocolos fue identificada en lo relativo a la evaluación y el tratamiento del paciente suicida y del paciente violento (4,12). Un resultado llamativo fue la determinación de que las consecuencias de un acto suicida o de violencia no sólo afectan comprensiblemente al paciente y a su familia, sino también al psiquiatra.

Otro desarrollo reciente e importante ha sido la promoción de un programa asistencial compartido para la provisión de servicios de salud mental junto con nuestros colegas del contexto de la medicina de familia. La RIPC facilitó la identificación de las percepciones de los psiquiatras respecto a las oportunidades y dificultades

ofrecidas por la asociación con la medicina de familia. Esperamos que en alguna encuesta futura se pueda establecer una comparación de estas percepciones con las que tienen los médicos de familia.

Las encuestas de opinión determinan nuestra relación con la industria

Los protocolos de la CPA acerca del comportamiento ético en los ensayos clínicos han sido evaluados por nuestros propios miembros. Un aspecto preocupante en la fase inicial fue que sólo la mitad del grupo RIPC e incluso una proporción menor del grupo de control señaló tener conocimiento de estos protocolos (4).

El proceso de desarrollo de los protocolos de práctica clínica estuvo en relación con la disponibilidad de financiación externa, procedente sobre todo de la industria. Esta financiación dependía sobre todo de la propia industria, por lo que la evaluación de los protocolos por parte de un grupo independiente como la RIPC incrementó la credibilidad del proceso.

Problemas relacionados con la salud y el bienestar del psiquiatra

El lema de que «el médico se debe curar a sí mismo» aparece de manera regular en los medios de comunicación y la RIPC ha demostrado ser un buen barómetro para detectar los aspectos que amenazan el bienestar de nuestros colegas. Sus respuestas subjetivas también fueron comparadas con los datos obtenidos en una encuesta nacional efectuada a los profesionales (11).

La piedra angular de la estrategia de mantenimiento de la competencia (EMC)

La iniciativa EMC principal para guiar a la profesión médica hacia el siglo XXI está fundamentada en la evaluación regular de las necesidades de formación profesional, y la RIPC puede desempeñar un papel clave en estas evaluaciones a nivel nacional. El análisis de las respuestas a los problemas planteados, así como las preguntas directas respecto a las necesidades de formación continuada y respecto a los enfoques mejores de la misma, pueden proporcionar la evaluación crítica necesaria para que tengan éxito los esfuerzos formativos (4). Los créditos EMC otorgados por la participación de los psiquiatras en el proceso constituyen un incentivo apropiado.

LIMITACIONES

Respuestas de «manga ancha»

Es inherente a la metodología de la RIPC el hecho de que la encuesta de diseño transversal se limita a ser una «lista de opiniones» acerca de nuestra práctica clínica. Aunque es posible determinar las percepciones que tienen los clínicos acerca del valor relativo de una estrategia diagnóstica o terapéutica en comparación con otra, el método en sí mismo no permite una evaluación rigurosa de estas percepciones. El instrumento clave para alcanzar este objetivo sigue siendo el ensayo clínico, pero la RIPC aporta una consideración global de la práctica clínica real con independencia de los contextos controlados de investigación académica. Hasta el momento, esta dimensión ha sido ignorada casi del todo.

La calidad de las respuestas ofrecidas por participantes sin experiencia previa

La metodología RIPC dirigida hacia los clínicos, algunos de los cuales tienen una experiencia limitada en investigación y una actividad asistencial muy intensa, plantea dudas sobre la validez y la fiabilidad de las respuestas. El problema de la confianza se define en las tres encuestas efectuadas a través de la congruencia general de las respuestas entre la RIPC y los grupos de comparación.

Aunque los participantes pertenecientes a la RIPC señalaron invertir un número mayor de horas de investigación a la semana, sus percepciones acerca del tiempo dedicado a la práctica clínica no fueron distintas de las observadas en el grupo de comparación. Esta congruencia respecto a la práctica clínica parece ser una característica destacable de la psiquiatría canadiense. Por otra parte, las respuestas ofrecidas por los clínicos «del mundo real» respecto a problemas clínicos también «del mundo real» han sido tradicionalmente poco consideradas y la RIPC aporta un cierto remedio a esta deficiencia.

Adaptación de las preguntas a los grupos a los que van dirigidas

Nuestra experiencia con las tres encuestas nos ha desanimado respecto a ciertos tipos de preguntas. En las encuestas, las preguntas que no eran demasiado específicas dieron lugar a menudo a respuestas no discriminativas centradas alrededor del punto medio. No fue posible evitar la impresión de respuestas políticamente correctas. Al igual que en las encuestas de opinión pública, las mejores preguntas fueron las que dieron lugar a una respuesta lo más clara posible.

Obtención de información cualitativa

Nuestra experiencia con las respuestas de comentario respecto a la RIPC nos indican que el uso de respuestas cualitativas o de evaluación se debe limitar de manera rigurosa a las cuestiones verdaderamente esenciales. Una cantidad desproporcionada del tiempo de codificación (más del 85 %) se dedicó a la preparación de esta información, lo que característicamente supera con mucho su utilidad. Una causa importante fue la categoría de «otras», que se utilizó a menudo en numerosas preguntas de respuesta múltiple. Las respuestas de los participantes a las preguntas de contestación abierta fueron más a menudo de carácter informativo, pero requirieron un nivel mayor de experiencia en codificación cualitativa y lingüística, ¡obligando finalmente a la participación de un doctor en filología!

De nuevo, la obtención de este tipo de información conlleva un coste elevado y por tanto se debe limitar a los aspectos realmente esenciales. No obstante, también hay que tener en cuenta que este enfoque fue clave para la definición de los diferentes aspectos de la respuesta ofrecida a la cuestión del suicidio del paciente (6).

Fatiga del encuestado

Los clínicos que tienen una actividad asistencial intensa están hartos de los cuestionarios irrelevantes que les apartan de su tarea clínica. El problema de la fatiga del encuestado debido a un cuestionario demasiado frecuente o voluminoso constituyó una consideración principal. Se consideró importante el momento adecuado para el envío por correo del cuestionario. Como ya se ha señalado, el volumen del cuestionario y el tiempo necesario para rellenarlo influyeron en la tasa de respuesta, lo que nos enseñó a simplificar

las preguntas y a limitar los cuestionarios a un máximo de 10 páginas. Nuestra asociación se ha esforzado por limitar la frecuencia de las encuestas a una anual, dado que ésta periodicidad ha sido útil también para disminuir la fatiga en el grupo de la RIPC al permitir la rotación entre los miembros encuestados.

Conclusión

A medida que pasamos el testigo de la RIPC a un nuevo equipo, nuestro punto de vista es que la búsqueda del objetivo señalado constituye un elemento esencial para potenciar la práctica clínica y la integridad de nuestra profesión. La experiencia obtenida hasta el momento con la RIPC proporciona el fundamento para seguir adelante. En otros países, como Estados Unidos, Reino Unido y Australia, se ha establecido una Office of Psychiatric Research Network/Peer Review con financiación independiente por parte del gobierno y de otras fuentes. Nuestro proyecto RIPC depende de la limitada financiación procedente de la CPA y, como tal, puede representar una estrategia económicamente asumible por parte de los países con recursos más limitados.

Con la nueva asociación entre los grupos profesionales y los grupos de consumidores, esta actividad va a ser defendida como una prioridad de financiación no sólo para controlar la práctica clínica de los psiquiatras sino también de todos los profesionales relacionados con la psiquiatría (14). La RIPC ofrece a los psiquiatras asistenciales la oportunidad no sólo de participar en actividades de investigación sino también de establecer prioridades de investigación en psiquiatría. La práctica clínica de los psiquiatras muestra grandes variaciones en todo el mundo, y las prácticas que se llevan a cabo en el «mundo real» difieren de las recomendaciones recogidas en los libros de texto. La RIPC es una estrategia oportuna para evaluar la relevancia de los conocimientos actuales y para reducir la distancia existente entre la práctica clínica y la investigación.

Agradecimientos

Los autores están muy agradecidos a los esfuerzos realizados por la Sra. Francine Knoops y por el personal de la oficina de la CPA, así como a los realizados por los cientos de colegas voluntarios que han contribuido a la RIPC.

World Psychiatry 2004; 1: 56-59

Bibliografía

1. Zarin DA, Pincus HA, West JC et al. Practice-based research in psychiatry. *Am J Psychiatry* 1997;154:1199-208.
2. Green LA, Wood M, Becker L et al. The Ambulatory Sentinel Practice Network: purpose, methods, and policies. *J Fam Pract* 1984;18:275-80.
3. Swinson RP, Kennedy SH, Kusumakar V et al. The Canadian Psychiatric Association's Practice Research Network: findings from the First Project 1998 - Part I. *Bull Can Psychiatr Assoc* 1999;31:49-52.
4. Links P, Langley J, Teehan M et al. The Canadian Psychiatric Association's Practice Research Network: findings from the First Project 1998 - Part II. *Bull Can Psychiatr Assoc* 1999;31:52-5.
5. el-Guebaly N, Atkinson M. The Canadian Psychiatric Association Research Network: findings from the Second Project, 1999. Part I: The practitioner's profile. *Bull Can Psychiatr Assoc* 2000;32:162-3.
6. Addington D, el-Guebaly N, Chandarana P et al. The Canadian Psychiatric Association Research Network: findings from the Second Project, 1999. Part II: Canadian Clinical Practice Guide-

- lines for the Treatment of Schizophrenia: adherence and awareness. *Bull Can Psychiatr Assoc* 2000;32:164-7.
7. el-Guebaly N, Atkinson M. The Canadian Psychiatric Association Research Network: findings from the Second Project, 1999. Part III: Access to psychiatrists' care. *Bull Can Psychiatr Assoc* 2001;33:9-12.
 8. Kates N, Craven M, Atkinson M et al. The Canadian Psychiatric Association Research Network: findings from the Second Project, 1999. Part IV: How psychiatrists view their relationships with family physicians. *Bull Can Psychiatr Assoc* 2001;33:13-5.
 9. el-Guebaly N, Atkinson M. The CPA's Practice Research Network - Part I: Findings from the third project, 2001. *Bull Can Psychiatr Assoc* 2002;34:39-40.
 10. el-Guebaly N, Atkinson M. The CPA's Practice Research Network - Part II: Psychiatrist perceptions of medical assessments related to life and disability insurances. *Bull Can Psychiatr Assoc* 2002;34:41-2.
 11. el-Guebaly N, Atkinson M, Patten S. The CPA's Practice Research Network - Part III: How stressful is the practice of psychiatry? *Bull Can Psychiatr Assoc* 2002;34:43-5.
 12. Bourget D, el-Guebaly N, Atkinson M. The CPA's Practice Research Network - Part IV: Assessing and managing violent patients. *Bull Can Psychiatr Assoc* 2002;34:25-27.
 13. Leszcz M, MacKenzie R, el-Guebaly N et al. The CPA's Practice Research Network - Part V: Canadian psychiatrists' use of psychotherapy. *Bull Can Psychiatr Assoc* 2002;34:28-31.
 14. Atkinson MJ, el-Guebaly N. Research productivity among Ph.D. faculty members and affiliates responding to the Canadian Association of Professors of Psychiatry and Canadian Psychiatric Association Survey. *Can J Psychiatry*, 1996;41,509-12.

Salud mental en mujeres de Pakistán

UNAIZA NIAZ^{1,2}

¹WPA Section on Women's Health

²Psychiatric Clinic and Stress Research Center, Karachi, Pakistan 75500

En Pakistán, las actitudes y normas sociales, así como las prácticas culturales (Karo Kari, matrimonios de intercambio, dote, etc.) desempeñan un papel vital en la salud mental de las mujeres. Los conflictos religiosos y étnicos, junto con las actitudes de falta de humanidad hacia las mujeres, con el amplio sistema familiar y con el papel que desempeñan de manera cotidiana los familiares políticos en las vidas de las mujeres, representan problemas y factores de estrés importantes. Estas prácticas han hecho que en Pakistán haya una marginación extrema de las mujeres en numerosos aspectos de la vida, lo que ha dado lugar a un efecto psicológico adverso. La violencia contra las mujeres se ha convertido en un medio aceptado para que los hombres ejerzan su derecho de origen cultural a controlarlas. No obstante, en comparación con la situación de las mujeres de otros países del sur asiático, la de las de Pakistán es en general mejor.

Palabras clave: Pakistán, salud mental en mujeres, prácticas culturales, asesinato por honor, quemaduras en la cocina, violencia

Durante los últimos 50 años, el movimiento femenino en Pakistán ha tenido claramente una limitación de clase. Sus líderes principales manifestaron su preocupación por los problemas relacionados principalmente con las mujeres de clase media y contexto urbano. Sólo durante los últimos años han empezado a salir a la luz los problemas que afectan a las mujeres del ámbito rural, como el «*Karo Kari*» (asesinato por motivos de honor) y la violación. Las leyes feudales/tribales de pérdida de la herencia, de matrimonio forzado y de violencia contra las mujeres (arrojamiento de ácido, homicidio por quemaduras en la cocina y arrancamiento de la nariz), todo ello en nombre del honor, están empezando a ser condenadas por las organizaciones no gubernamentales y por activistas de derechos humanos en las ciudades. Además, una parte muy importante de las mujeres que viven en áreas rurales y en suburbios urbanos no es consciente de estos debates.

Las mujeres que viven en las áreas urbanas de Pakistán muestran en muchos aspectos una gran similitud con las que viven en los países desarrollados. En el ámbito rural, el cuadro es totalmente diferente. Es una situación arcaica, brutal y claramente opresiva. Estas tendencias se filtran a menudo en las vidas urbanas de las mujeres a través de los flujos migratorios de la población rural, que debe ajustarse al modo de vida urbano.

A nivel social, la movilidad restringida de las mujeres influye en su educación y en sus oportunidades de trabajar. A esto se añaden los tradicionalmente escasos centros educativos femeninos. El acoso sexual en el hogar, en el trabajo y en la sociedad ha alcanzado sus niveles máximos. La falta de conciencia acerca de este problema o la negación de su existencia son factores añadidos que dan lugar al confinamiento de las mujeres en sus hogares. La violencia contra las mujeres se añade a la restricción de sus movimientos y a las dificultades para su educación y su empleo, lo que reduce las perspectivas de las mujeres en la sociedad.

A nivel familiar, el nacimiento de un niño es motivo de regocijo y celebración, mientras que el de una niña es causa de lamentaciones y de desesperación en muchas familias. Los niños tienen prioridad sobre las niñas respecto al alimento, a los cuidados y a la educación. A las niñas se les enseña un comportamiento servil. Son frecuentes las prácticas del matrimonio de niños, del *Watta Satta* (matrimonios de intercambio), de la dote y del *Walwar* (pago de un precio por la novia). Las divorciadas y las viudas son aisladas y consideradas como «malos augurios», de manera que son víctimas del rechazo tanto de hombres como de mujeres, especialmente en los pueblos. Con mucha frecuencia, el matrimonio da lugar a malos tratos a las mujeres, a conflictos con el cónyuge, a conflictos con los familiares políticos, a muertes a causa de la dote, a quemaduras producidas en las cocinas, a si-

tuaciones de suicidio/homicidio y a quemaduras con ácido para desfigurar a la mujer como venganza.

VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES

En Pakistán hay instituciones culturales, creencias y prácticas que socavan la autonomía de las mujeres y que contribuyen a la violencia de género. Las prácticas matrimoniales pueden perjudicar a las mujeres, especialmente cuando hay costumbres como las de la dote y el precio de la novia, la del *Watta Satta* y la del matrimonio con Quran (una costumbre en Sindh por la que las niñas permanecen como monjas sin casarse para mantener las propiedades familiares en el contexto de la familia). Durante los últimos años, la dote se ha convertido en la parte más apetecible del matrimonio. Este aumento en la demanda de la dote, tanto antes como después del matrimonio, puede llegar a inducir malos tratos, violencia física y abuso emocional. En los casos extremos, el homicidio o las «quemaduras en la cocina» y los suicidios pueden proporcionar a los maridos una oportunidad de casarse de nuevo para conseguir más dotes.

Las mujeres están condenadas a tener relaciones abusivas y no pueden escapar a sus verdugos debido a las presiones sociales y culturales. Los padres no facilitan la vuelta a casa de sus hijas por temor a ser estigmatizados como padres de una divorciada, lo que equivale a formar parte de los parias de la sociedad. Además, si una mujer deja a su marido, los padres de ella deben volver a pagar la dote para compensar la pérdida al marido. Las actitudes culturales hacia la castidad femenina y el honor masculino sirven para justificar la violencia ejercida contra las mujeres.

La violencia contra las mujeres es muy frecuente en Pakistán. La violación de los derechos de las mujeres, la discriminación y la injusticia son obvias en muchos casos. En un estudio de investigación efectuado por Naciones Unidas (1) se observó que el 50 % de las mujeres pakistaníes sufría malos tratos físicos por parte de sus maridos, mientras que el 90 % sufría abuso emocional o verbal. En un estudio realizado por la Women's Division sobre «Esposas maltratadas en Pakistán» (2) se demostró que hay violencia doméstica en aproximadamente el 80 % de los hogares. Más recientemente, la Human Rights Commission (3) ha señalado que cada año se comunican 400 casos de violencia doméstica y que fallece la mitad de las víctimas de los mismos.

En las provincias de Balochistan y Sindh, el *Karo Kari* se practica de manera abierta. Una mujer sospechosa de inmoralidad es declarada una *Kari*, mientras que el *Karo* es un hombre que declara ser su amante. Una mujer sospechosa de adulterio o infidelidad puede recibir la pena de muerte a manos de su marido o de

sus familiares políticos. Generalmente, el criminal no es condenado debido a que se considera que ha cometido el crimen para recuperar el honor familiar que se esperaba la mujer mantuviera a cualquier precio.

El *Watta Satta* es también una tradición en muchas familias de Punjab y Sindh; esta costumbre consiste en el matrimonio de una niña con el hermano de su cuñada. La consecuencia es a menudo una situación complicada debido a que una mujer termina siendo un simple objeto de venganza en el caso de que su hermano trate mal o abuse físicamente de su esposa.

Los impulsos sádicos pueden ser satisfechos por un hombre a través de la humillación total o la desfiguración de su esposa. Las mujeres que son víctimas de esta forma particular de violencia son generalmente jóvenes y atractivas.

Cada año, cientos de mujeres son desfiguradas o fallecen por quemaduras producidas en la cocina. Las víctimas son habitualmente mujeres casadas jóvenes y los agresores son sus maridos y sus familiares políticos. El motivo que induce a los maridos a causar quemaduras a su mujer en la cocina es el de deshacerse de ella para volverse a casar y obtener más dotes, o bien el de obtener la herencia de la familia.

El maltrato físico, la «violencia doméstica» o el abuso íntimo de la pareja no son sólo actos aislados de agresión física sino que habitualmente forman parte de los patrones de comportamiento abusivo y de control. El abuso de la pareja puede adoptar varias formas, como la violencia física, los ataques con bofetadas, patadas, golpes y palizas, el abuso psicológico, el menosprecio constante, la intimidación, la humillación y el sexo forzado. A menudo puede incluir comportamientos de control como el aislamiento de las mujeres respecto a sus familiares y amigos, el control de sus movimientos y la restricción de su acceso a los recursos. La violencia física en las relaciones íntimas se acompaña casi siempre de abuso psicológico y de abuso sexual en la tercera parte o la mitad de los casos.

La respuesta de la mujer frente al abuso suele estar limitada por las opciones de que dispone. Las mujeres citan constantemente razones para mantener la relación abusiva: temor a la justicia divina, falta de otros medios de mantenimiento económico, preocupación por los hijos, dependencia emocional, falta de apoyo por parte de sus familiares y amigos, y la permanente esperanza de que el marido pueda cambiar algún día. En Pakistán el divorcio sigue siendo un tabú y el temor al estigma social que provoca impide que las mujeres lo soliciten. Aproximadamente, el 70 % de las mujeres que sufren abuso no le ha contado nunca a nadie esta situación.

Las consecuencias psicológicas del abuso son más graves que sus efectos físicos. La experiencia del abuso deteriora la autoestima de la mujer y la coloca en una situación de riesgo importante para sufrir trastornos mentales como depresión, trastorno por estrés posttraumático, suicidio, abuso de alcohol y drogas. Los niños que contemplan la violencia conyugal sufren un aumento en el riesgo de problemas emocionales y del comportamiento, como ansiedad, depresión, rendimiento escolar insuficiente, autoestima baja, pesadillas y desobediencia. Los niños tienen tendencia al consumo de drogas y las niñas muestran una depresión intensa que en ocasiones las hace rechazar de manera total el matrimonio. Los niños y niñas menores de 12 años de edad que sufren estas circunstancias tienen problemas de aprendizaje, emocionales y del comportamiento con una frecuencia casi 6-7 veces mayor que los hijos de padres que no cometen abuso.

Los médicos pueden desempeñar un papel clave en todo este panorama. Deben reconocer a las víctimas de la violencia y animarlas a buscar ayuda legal y consejo por parte de organizaciones no gubernamentales. Pueden impedir la aparición de consecuencias graves y repercusiones mortales. Sin embargo, muchos

médicos/enfermeros no hacen preguntas a las mujeres acerca de su experiencia con la violencia y no están preparados para responder a las necesidades de las víctimas.

Hay diversas normas y creencias que son especialmente inductoras de violencia contra las mujeres. Por ejemplo, la consideración de que los hombres son inherentemente superiores a las mujeres, que es adecuado que los hombres castiguen a las mujeres, y que el comportamiento sexual de la mujer está relacionado con el honor del hombre. De nadie se espera que intervenga en nombre de la víctima dado que estas cuestiones se consideran asuntos privados que deben ser resueltos por las partes implicadas en los mismos.

Los programas dirigidos hacia la modificación de estas creencias deben facilitar el debate entre las personas, más que enfrentarlas haciendo que el hombre aparezca como un «demonio». Una buena medida es la de animar a las personas a desarrollar nuevas normas mediante técnicas como los juegos en la televisión y el teatro.

ENFERMEDAD PSIQUIÁTRICA EN LAS MUJERES DE PAKISTÁN

En un estudio de gran envergadura efectuado en el Jinnah Post Graduate Medical Center, Karachi, a principios de la década de 1990 (4) se demostró que el número de mujeres que solicitaba asistencia psiquiátrica era doble que el de hombres, y que la mayor parte de esas mujeres tenía entre 20 y 45 años de edad.

En otro estudio de encuesta realizado a lo largo de 5 años (1992-1996) en el University Psychiatry Department de Karachi (Agha Khan University/Hospital) (5) se demostró que de 212 pacientes que recibían psicoterapia el 65 % eran mujeres y que el 72 % de las mismas estaban casadas. El motivo de la consulta había sido el conflicto con el cónyuge y con los familiares políticos. Un dato interesante es que el 50 % de estas mujeres no había recibido ningún diagnóstico psiquiátrico y había sido considerada como un caso de «mujer con estrés». El 28 % de las mujeres padecía depresión o ansiedad, el 5-7 % trastornos de la personalidad o de ajuste, y el 17 % otros trastornos.

Las «mujeres con estrés» tenían entre 20 y 45 años de edad. La mayor parte de ellas poseía un nivel educativo de licenciatura y llevaba casada 4-25 años, con 2-3 hijos; además, la mayoría trabajaba fuera del hogar (en pequeños negocios propios, en la enseñanza, en trabajos comunitarios por los que no percibían ingresos o en trabajos voluntarios). Sus síntomas eran palpitaciones, cefalea, sensación de asfixia, «debilidad cardíaca», disminución de la agudeza auditiva y entumecimiento en los pies.

En un estudio sobre los trastornos de estrés y psicológicos efectuado en las montañas Hindukush de la North West Frontier Province de Pakistán (6) se observó una prevalencia de depresión y ansiedad del 46 % en las mujeres y del 15 % en los hombres.

En un estudio sobre pacientes que habían cometido suicidio (7) se demostró que la mayor parte eran mujeres casadas. Las causas principales habían sido las disputas con el marido (80 %) y los conflictos con los familiares políticos (43 %).

En un estudio efectuado en Pakistán sobre el comportamiento suicida (8) se observó que la mayor parte de los pacientes eran adultos jóvenes (edad media, 27-29 años). La muestra estuvo constituida por una cantidad mayor de mujeres (185) que de hombres (129), y la proporción de mujeres casadas (33 %) fue mayor que la de hombres casados (18 %). Entre las mujeres, los dos grupos más representados fueron las amas de casa (55 %) y las estudiantes (32 %). La mayor parte de las mujeres (80 %) señaló tener problemas con el marido.

En una encuesta realizada a lo largo de 4 años a pacientes psiquiátricos no hospitalizados atendidos en una clínica privada de

Karachi (9) se observó que las dos terceras partes de los mismos eran mujeres y que el 60 % de estas mujeres presentaba un trastorno del estado de ánimo. El 70 % de las mismas era víctima de violencia (violencia doméstica, ataques y violación) y el 80 % tenía conflictos con el marido o con sus familiares políticos.

CONCLUSIONES

Las mujeres de Pakistán tienen una posición relativamente mejor que las mujeres de otros países en vías de desarrollo del sur de Asia. Sin embargo, son necesarios cambios importantes para mejorar su calidad de vida. Es imprescindible introducir leyes que tengan en cuenta a las mujeres así como proporcionar a éstas oportunidades para el aprendizaje intercultural. Son necesarias las estrategias para mejorar la situación de las mujeres como miembros útiles de la sociedad. No obstante, todavía va a transcurrir mucho tiempo antes de que podamos mejorar las vidas y la salud mental de estas «hijas de un dios menor».

World Psychiatry 2004; 1: 60-62

Bibliografía

1. Tinker GA. Improving women's health in Pakistan. World Bank, Karachi, 1999.
2. National Commission on the Status of Women. Report of the status on women in Pakistan. Islamabad, 1997.
3. Rehman IA. The legal rights of women in Pakistan: theory and practice. Human Rights Commission of Pakistan, Karachi, 1998.
4. Naem S. Psychological risk factors for depression in Pakistani women. Thesis, College of Physicians and Surgeons, 1990.
5. Zaman R. Five-year survey (1992-1996), University Psychiatry Department, Karachi. Unpublished manuscript.
6. Mumford D, Nazir M, Jilani FM. Stress and psychiatric disorders in Hindu Kush: a community survey of mountains villages in Chitral, Pakistan. *Br J Psychiatry* 1996;170:473-47.
7. Niaz U. Human rights abuse in family. *Journal of Pakistan Association of Women's Studies* 1994;3:33-41.
8. Khan MM, Islam S, Kundi AK. Parasuicide in Pakistan: an experience at University Hospital. *Acta Psychiatr Scand* 1996;93:264-7.
9. Niaz U. Contemporary issues of Pakistani women: a psychosocial perspective. *Journal of Pakistan Association Women's Studies* 1997;6: 29-50.

Septiembre 2005: El Cairo

PEDRO RUIZ

WPA Secretary for Meetings

Siguiendo los pasos del 12º Congreso Mundial de Psiquiatría organizado por la WPA y que tuvo lugar en Yokohama, Japón, en agosto de 2002, el 13º Congreso Mundial de Psiquiatría, también organizado por la WPA, se va a realizar en El Cairo, Egipto, el 10-15 de septiembre de 2005. Este Congreso Mundial de Psiquiatría es el primero que se va a llevar a cabo en el continente africano. Además, parece que va a ser el Congreso Mundial de Psiquiatría más memorable que haya organizado la WPA. Nunca antes se había organizado un Congreso Mundial de Psiquiatría en el cruce de las cuatro direcciones del mundo, es decir, en el punto donde se encuentran el Oriente y el Occidente, así como el Sur y el Norte. Además, es la zona más antigua e histórica en la que hubo una civilización en nuestro planeta. El hecho de que casi 2.000 psiquiatras y profesionales de la salud mental de todo el mundo hayan respondido de manera positiva a nuestro primer anuncio de este congreso es muy significativo respecto al entusiasmo demostrado por la profesión respecto a este congreso presencial.

Actualmente, todas las estructuras pertinentes a la organización del congreso ya han sido establecidas y están trabajando de manera activa para hacer que éste sea el más importante de toda la historia de la WPA. Por ejemplo, ya son plenamente operativos los comités de Organización, Supervisión y Aspectos científicos, así como los de Finanzas, Asociaciones, Evaluación, Formación médica continuada (FMC), Publicaciones, Actividades artísticas y culturales, Revisión de las ponencias científicas y coordinación del programa, Compañerismo y participantes jóvenes, Coordinación con las sesiones científicas de la WPA, Relaciones públicas y acontecimientos sociales, Organización local y Asesoría. Además, se ha creado un Comité asesor internacional con representación de todas las áreas científicas de la profesión. El lema del congreso, seleccionado por el presidente de la WPA, Ahmed Okasha, apoyado por todos los sectores relevantes de la WPA, representa de manera muy hermosa el significado y el mensaje exclusivo de este congreso: «5.000 años de ciencia y asistencia: construyamos el futuro de la psiquiatría».

El segundo anuncio ha sido enviado recientemente; en el mismo se solicita la remisión de las comunicaciones científicas y se ofrece la información más relevante acerca del lugar de celebración del congreso, así como de los hoteles y de las actividades sociales. Dada la reputación turística de la ciudad y del país seleccionados para este congreso, y teniendo en cuenta la estación del año y la popularidad de este acontecimiento científico, no es demasiado pronto para empezar a hacer los planes finales que permitan la asistencia y la participación a esta importante reunión científica. Se han contratado dos organizaciones destacadas para la solución de todos los aspectos pertinentes a este congreso. Una de ellas es Tilesa, que proporciona los servicios de secretaría científicos y técnicos para el congreso, y la otra es Emeco Travel que ofrece aloja-

miento y servicios de tipo turístico. Se puede establecer contacto con ambas organizaciones a través del sitio web del congreso (www.wpa-cairo2005.com).

Como secretario para congresos de la WPA y como presidente del Comité de organización del congreso de El Cairo, me siento entusiasmado por el privilegio que me otorga la oportunidad de participar activamente en la organización del 13º Congreso Mundial de Psiquiatría, uno de los acontecimientos científicos más importantes en la historia de la WPA. Esta oportunidad exclusiva de servir tanto a la WPA como a la Egyptian Psychiatric Association en este relevante e importante acontecimiento científico para la profesión y la sociedad en todo el mundo, hace que me sienta orgulloso y feliz. Además, este congreso se va a realizar en África, en el Oriente Medio, en un país árabe y en la región mediterránea. ¿Qué más podemos pedir como psiquiatras y profesionales de la salud mental?. Tengo muchas ganas de verlos a todos en El Cairo, en septiembre de 2005.

Previsiones económicas de la WPA para 2004

SAM TYANO

WPA Secretary for Finance

La política económica de una organización mundial cambia con las circunstancias, con la situación económica mundial, con las necesidades de los miembros, con la política general decidida por su Comité ejecutivo y con la jerarquía de prioridades decidida por su Asamblea general.

El papel principal que desempeña el tesoro de la WPA es el de proponer nuevos recursos para financiar las actividades de la asociación, aplicando las políticas propuestas por el Comité ejecutivo, siguiendo las recomendaciones del Consejo de administración y teniendo en cuenta las necesidades de las Sociedades miembro, de los Comités de la WPA, de la Secretaría y de los miembros del Comité ejecutivo.

Las fuentes habituales de ingresos en el presupuesto de la WPA son las cuotas de sus miembros, los ingresos obtenidos en los congresos mundiales así como en otras reuniones internacionales y nacionales, los derechos de autor generados por las publicaciones y el 15 % del presupuesto general de cada programa educativo.

Los gastos convencionales de la WPA son los relacionados con la Secretaría (incluyendo los salarios y los gastos de oficina), los relacionados con el Comité ejecutivo (reuniones y dietas), el apoyo a los Representantes de zona y a los Comités permanentes y operativos, los asociados al mantenimiento del Centro de coordinación educativa y los gastos que conllevan las relaciones públicas.

La primera partida de los ingresos está representada por las cuotas de los miembros. La política de la WPA ha sido la de ajustar estas cuotas a la situación económica de cada país. Aunque es evidente que algunas de las Sociedades miembro se pueden permitir pagar más, mientras que otras tienen dificultades para hacer frente a la cuota actual, el problema de la equidad es difícil de resolver. Además, cada 2-3 años se produce un cambio en la situación económica mundial. A día de hoy, la cantidad total representada por las cuotas constituye el 25 % de los ingresos y esta cantidad cubre apenas los salarios del personal que trabaja en la Secretaría.

El ingreso más constante y estable de la WPA es el que representan los derechos de autor de las publicaciones. A causa de la intensa e importante actividad de la Secreta-

ría de publicaciones, el número de libros publicados por la WPA es mayor cada año. Muchos de los miembros de la WPA de todo el mundo también reciben *World Psychiatry*, la revista oficial de la WPA, directamente en su dirección postal y de manera gratuita.

Otra fuente muy importante de ingresos durante los últimos 8 años ha sido la relacionada con los programas educativos. Por decisión de la Tesorería de la asociación, aprobada por la Asamblea general, la parte proporcional de los ingresos obtenidos con los cursos educativos se ha incrementado recientemente hasta el 15 %. No obstante, durante los 2 últimos años ha disminuido el número de programas, y en la actualidad sólo se ofrece el de Salud mental infantil global. Por tanto, los ingresos procedentes de los programas educativos, que se utilizaban para cubrir diversos gastos, son cada vez menores.

Uno de los recursos principales de cualquier asociación internacional es el representado por las reuniones, conferencias y congresos. En los dos últimos Congresos mundiales no se han alcanzado las expectativas económicas planteadas a priori. A continuación voy a comentar las principales incongruencias observadas entre las notables necesidades económicas y las distintas consideraciones de tipo ideológico y político. En esencia, es muy fácil motivar a numerosas personas para que participen en reuniones que se llevan a cabo en localidades turísticas de todo el mundo. De manera alternativa, también debería

ser una prioridad importante llevar las actividades de la WPA a todos los rincones del mundo de manera que todas las Sociedades miembro pudieran mantener los estándares científicos, educativos y políticos de la WPA exponiendo al mismo tiempo sus propios puntos de vista, presentando la infraestructura de la salud mental en sus países y demostrando la forma con la que su cultura específica ha integrado los conceptos modernos de la salud mental manteniendo al mismo tiempo sus creencias básicas, sus raíces y sus instituciones culturales.

Sigue abierto el debate acerca de la ubicación geográfica futura de los congresos y las conferencias. Los destinos deben ser lo suficientemente atractivos y seguros para los participantes y para la industria farmacéutica, manteniendo al mismo tiempo la equidad desde una perspectiva económica. Este recurso es clave, por lo que debemos hacer todos los esfuerzos necesarios para conservarlo adecuadamente. Una manera de hacerlo, que ya se está implementando, es a través del Programa de patrocinadores. El concepto básico, que representa la esencia del proyecto, es el de obtener una cantidad suficiente de dinero entre cada dos Congresos mundiales con objeto de mantener las actividades de la WPA y, además, garantizar que la WPA va a recibir la parte que le corresponde del presupuesto del Congreso mundial correspondiente. La organización que lleva a cabo el Congreso mundial también se va a beneficiar debido a que el di-

nero ofrecido por la industria permite preparar con tiempo el acontecimiento.

Por supuesto, uno de los problemas principales de nuestra asociación es el establecimiento de prioridades, que deben reflejar la política de distribución de los recursos. Todas las actividades parecen importantes y cada una de ellas tiene prioridad a los ojos de las personas que las proponen, pero este orden de prioridades no siempre va a ser aceptado por el resto de las personas. Dicha discrepancia da lugar en ocasiones a malentendidos involuntarios.

La economía no es el factor que determina el valor de las actividades que debe llevar a cabo nuestra asociación, pero ciertamente desempeña un papel importante en la calidad de cada actividad y en la inversión que se puede realizar en la misma. Invito a todas las Sociedades miembro a tomar parte en este debate. Todos sus comentarios serán expuestos y discutidos en el Comité de finanzas y presentados al Comité ejecutivo. El papel que desempeña mi propio cargo es el de implementar las decisiones económicas del Comité ejecutivo intentando acomodarlas a la situación económica de la asociación. Espero que en el futuro podamos encontrar más recursos para ampliar los programas educativos, científicos y de formación, además de ofrecer la posibilidad de recuperar al menos la mayor parte de lo invertido.

World Psychiatry 2004; 1: 63-64

