Regier • Narrow • Kuhl • Kupfer

DSM-5

Evolución conceptual

MATERIAL CIENTIFICO
SDC PHARMA,C.A.
Rif: J-29855562-9

EDITORIAL MEDICA
panamericana

REAL ACADEMIA
NACIONAL
DE MEDICINA

Diccionario de términos médicos

1800 páginas / Formato grande, 21x29cm /
Tapa dura / Edición 2012

Disponible también con:

versión e electrónica

- Una obra imprescindible para todos los profesionales de la salud.
- Casi 52000 entradas, con referencias cruzadas.
- Cerca de 30000 sinónimos y variantes léxicas o gráficas.
- Información etimológica e histórica para cerca de 7000 términos.
- Información sobre nomenclaturas normalizadas en más de 5200 entradas.
- Casi 27000 observaciones lingüísticas y técnicas.
- Equivalentes de los términos en inglés.
- Etimologías, siglas, abreviaturas, símbolos y acrónimos más frecuentes.
- Recoge no sólo los términos correctos, sino también los erróneos con el fin de alertar al usuario.
- Versión electrónica que permite hacer búsquedas en español e inglés, con actualizaciones permanentes.

DSM-5

Evolución conceptual

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

DSM-5
Evolución conceptual

Darrel A. Regier, M.D., M.P.H.

Director Ejecutivo, American Psychiatric Institute for Research and Education, y Director, División de Investigación, American Psychiatric Association, Arlington, Virginia; Vicepresidente, DSM-5 Task Force

William E. Narrow, M.D., M.P.H.

Director Asociado, División de Investigación, American Psychiatric Association, Arlington, Virginia; Director de Investigación, DSM-5 Task Force

Emily A. Kuhl, Ph.D.

Redactora Científica, División de Investigación, American Psychiatric Association, Arlington, Virginia, Estados Unidos

David J. Kupfer

Profesor Thomas Detre, Departamento de Psiquiatría, University of Pittsburgh y Western Psychiatric Institute & Clinic, Pittsburgh, Pennsylvania; Presidente, DSM-5 Task Force

Jamie M. Abelson, M.S.W.

EDITORIAL MEDICA panamericana

BUENOS AIRES - BOGOTÁ - CARACAS - MADRID - MÉXICO - PORTO ALEGRE

www.medicapanamericana.com

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

Título del original en inglés
THE CONCEPTUAL EVOLUTION OF DSM-5

First published in the United States by American Psychiatric Publishing, Arlington, Virginia and London, Uk
Copyright © 2011. All rights reserved

Publicado originalmente en los Estados Unidos por American Psychiatric Publishing, Arlington, Virginia y Londres, Uk
Copyright © 2011. All rights reserved

Traducción de EDITORIAL MÉDICA PANAMERICANA S.A.
Efectuada por las doctoras Gabriela López y Adriana Morando

Los editores han hecho todos los esfuerzos para localizar a los poseedores del copyright del material fuente utilizado. Si inadvertidamente hubieran omitido alguno, con gusto harán los arreglos necesarios en la primera oportunidad que se les presente para tal fin.

Gracias por comprar el original. Este libro es producto del esfuerzo de profesionales como usted, o de sus profesores, si usted es estudiante. Tenga en cuenta que fotocopiarlo es una falta de respeto hacia ellos y un robo de sus derechos intelectuales.

Las ciencias de la salud están en permanente cambio. A medida que las nuevas investigaciones y la experiencia clínica amplían nuestro conocimiento, se requieren modificaciones en las modalidades terapéuticas y en los tratamientos farmacológicos. Los autores de esta obra han verificado toda la información con fuentes confiables para asegurarse de que ésta sea completa y acorde con los estándares aceptados en el momento de la publicación. Sin embargo, en vista de la posibilidad de un error humano o de cambios en las ciencias de la salud, ni los autores, ni la editorial o cualquier otra persona implicada en la preparación o la publicación de este trabajo, garantizan que la totalidad de la información aquí contenida sea exacta o completa y no se responsabilizan por errores u omisiones o por los resultados obtenidos del uso de esta información. Se aconseja a los lectores confirmarla con otras fuentes. Por ejemplo, y en particular, se recomienda a los lectores revisar el prospecto de cada fármaco que planean administrar para cerciorarse de que la información contenida en este libro sea correcta y que no se hayan producido cambios en las dosis sugeridas o en las contraindicaciones para su administración. Esta recomendación cobra especial importancia con relación a fármacos nuevos o de uso infrecuente.

EDITORIAL MEDICA panamericana

Visite nuestra página web:
http://www.medicapanamericana.com

ARGENTINA
Marcelo T. de Alvear 2145
(C1122AAG) Buenos Aires, Argentina
Tel.: (54-11) 4821-5520 / 2066 / Fax (54-11) 4821-1214
e-mail: info@medicapanamericana.com

COLOMBIA
Carrera 7a A Nº 69-19
Bogotá D.C., Colombia
Tel.: (57-1) 345-4508 / 314-5014 /
Fax: (57-1) 314-5015 / 345-0019
e-mail: infomp@medicapanamericana.com.co

ESPAÑA
Quintanapalla Nº 8, 4ª Planta
(28050) - Madrid, España
Tel.: (34-91) 1317821 / Fax: (34-91) 4570919
e-mail: info@medicapanamericana.es

MÉXICO
Hegel Nº 141, 2º piso
Colonia Chapultepec Morales
Delegación Miguel Hidalgo - C.P. 11570 -México D.F.
Tel.: (52-55) 5262-9470 / Fax: (52-55) 2624-2827
e-mail: infomp@medicapanamericana.com.mx

VENEZUELA
Edificio Polar, Torre Oeste, Piso 6, Of. 6 C
Plaza Venezuela, Urbanización Los Caobos,
Parroquia El Recreo, Municipio Libertador, Caracas
Depto. Capital, Venezuela
Tel.: (58-212) 793-2857/6906/5985/1666 Fax: (58-212) 793-5885
e-mail: info@medicapanamericana.com.ve

ISBN: 978-84-9835-453-9

IMPRESO EN ESPAÑA

Todos los derechos reservados.
Este libro o cualquiera de sus partes
no podrán ser reproducidos ni archivados en sistemas
recuperables, ni transmitidos en ninguna forma o por
ningún medio, ya sean mecánicos o electrónicos,
fotocopiadoras, grabaciones o cualquier otro, sin el
permiso previo de Editorial Médica Panamericana S.A.

© 2012. EDITORIAL MÉDICA PANAMERICANA S.A.
Quintanapalla Nº 8, 4ª Planta (28050) - Madrid, España
Depósito legal: M-3288-2012
Impreso en España, enero de 2012

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

Colaboradores

Jamie M. Abelson, M.S.W.
Institute for Social Research, University of Michigan, Ann Arbor, Michigan

Sergio Aguilar-Gaxiola, M.D., Ph.D.
Profesor Titular de Medicina Interna y Director, Center for Reducing Health Disparities, University of California, Davis School of Medicine, Sacramento, California

Jordi Alonso, M.D., Ph.D.
Investigador Principal y Director, Grupo de Investigación de Servicios de Salud, IMIM-Institut de Recerca, Hospital del Mar, Parc de Salut Mar, España

Gavin Andrews, M.D.
Catedrático de Psiquiatría, Unidad de investigación clínica de ansiedad y depresión, University of New South Wales en St. Vincent's Hospital, Sydney, NSW, Australia

Katja Beesdo, Ph.D.
Profesora Adjunta, Institute of Clinical Psychology and Psychotherapy, Technische Universitaet Dresden, Dresden, Alemania

Patricia A. Berglund, M.B.A.
Institute for Social Research, University of Michigan, Ann Arbor, Michigan

Guilherme Borges, M.Sc., Dr.Sc.
Profesor Titular, Departamento de Investigación Epidemiológica, División de Investigación Psicosocial, Instituto Nacional de Psiquiatría (México) y Universidad Autónoma Metropolitana

Mark Oakley Browne, Ph.D.
Profesor Titular, Disciplina de Psiquiatría, School of Medicine, University of Tasmania

Ronny Bruffaerts, Ph.D.
Profesor Asociado, Departamento de Neurociencias, Katholieke Universiteit Leuven, Bélgica

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

Giovanni B. Cassano, M.D.
Catedrático y Director, Departamento de Psiquiatría, Neurobiología, Farmacología y Biotecnología, Universidad de Pisa, Pisa, Italia

Lee Anna Clark, Ph.D.
Profesora Titular, Departamento de Psicología, University of Notre Dame, Notre Dame, Indiana

Diana E. Clarke, Ph.D.
Estadística Investigadora, American Psychiatric Association; Profesora Asistente Adjunta, Johns Hopkins School of Public Health, Baltimore, Maryland

E. Jane Costello, Ph.D.
Profesora Titular, Departamento de Psiquiatría y Ciencias del Comportamiento, Center for Developmental Epidemiology, Duke University Medical School, Durham, North Carolina

Michelle G. Craske, Ph.D.
Profesora Titular, UCLA Anxiety Disorders Research Center, Departamento de Psicología, UCLA, Los Ángeles, California

Ron Dahl, M.D.
Profesor Titular de Psiquiatría y Pediatría, University of Pittsburgh School of Medicine, Western Psychiatric Institute & Clinic, Pittsburgh, Pennsylvania

Giovanni de Girolamo, M.D.
Director Científico, IRCCS —St. John of God, Clinical Research Centre

Madeleine Delves
Unidad de Investigación Clínica de Ansiedad y Depresión, University of New South Wales en St. Vincent's Hospital, Sydney, NSW, Australia

Michael Dewey, Ph.D.
Catedrático, Departamento de Servicio de Salud e Investigación Poblacional, Institute of Psychiatry, Londres, Reino Unido

Nicholas R. Eaton, M.A.
Estudiante graduado, Departamento de Psicología, University of Minnesota, Minneapolis, Minnesota

Warachal Eileen Faison, M.D.
Directora Médica, Neurociencia en Atención Primaria, Pfizer Inc., Nueva York, Nueva York

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

Ellen Frank, Ph.D.
Profesora Titular, Departamentos de Psiquiatría y Psicología, University of Pittsburgh School of Medicine, Western Psychiatric Institute and Clinic, Pittsburgh, Pennsylvania

Richard Gater, M.D.
Grupo de Investigación sobre Salud Mental y Neurodegeneración, University of Manchester, Manchester, Inglaterra

Andrew T. Gloster, Ph.D.
Profesor Adjunto, Institute of Clinical Psychology and Psychotherapy, Technische Universitaet Dresden, Dresden, Alemania

Nick Glozier, Ph.D.
Profesor Asociado, Disciplinas de Psiquiatría y Medicina del Sueño, Sydney Medical School, The University of Sydney, Brain and Mind Research Institute, Camperdown, NSW, Australia

David Goldberg, D.M., F.R.C.P.
Profesor Emérito, Institute of Psychiatry, Londres, Inglaterra

Oye Gureje, M.D., Ph.D., D.S.
Catedrático y Director de Departamento, Departamento de Psiquiatría, University of Ibadan, University College Hospital

Josep Maria Haro, M.D., M.P.H., Ph.D.
Director de Investigación, Parc Sanitari Sant Joan de Déu, España

John E. Helzer, M.D.
Profesor Emérito, Departamento de Psiquiatría, University of Vermont College of Medicine, Burlington, Vermont

Michael Höfler, Ph.D.
Investigador, Institute of Clinical Psychology and Psychotherapy, Technische Universitaet Dresden, Dresden, Alemania

Steven E. Hyman, M.D.
Provost, Harvard University, Cambridge, Massachusetts

James S. Jackson, Ph.D.
Director y Profesor de Investigación, Institute for Social Research, y Profesor Universitario Distinguido Daniel Katz de Psicología, University of Michigan, Ann Arbor, Michigan

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

Regina James, M.D.
Directora, División de Poblaciones Especiales, National Institute of Child Health & Human Development, Bethesda, Maryland

Ronald C. Kessler, Ph.D.
Profesor Titular, Departamento de Política de Atención Sanitaria, Harvard Medical School, Boston, Massachusetts

Rachel G. Klein, Ph.D.
Profesora Familia Fascitelli de Psiquiatría infantil y del adolescente, New York University Child Study Center, Nueva York, Nueva York

Stanislav Kostyuchenko, M.D.
Adjunto, Departamento de Psiquiatría, National Medical Academy of Post-graduate Education

Robert F. Krueger, Ph.D.
Profesor Distinguido Hathaway, Departamento de Psicología, University of Minnesota, Minneapolis, Minnesota

Emily A. Kuhl, Ph.D.
Redactora Científica, División de Investigación, American Psychiatric Association, Arlington, Virginia

David J. Kupfer, M.D.
Profesor Thomas Detre, Departamento de Psiquiatría, University of Pittsburgh y Western Psychiatric Institute & Clinic, Pittsburgh, Pennsylvania; Presidente, DSM-5 Task Force

James F. Leckman, M.D.
Profesor Neison Harris de Psiquiatría infantil y Pediatría, Yale University School of Medicine, Yale Child Study Center, New Haven, Connecticut

Sing Lee, M.B., B.S., F.R.C.Psych.
Profesor Titular, Departamento de Psiquiatría, The Chinese University of Hong Kong

Ellen Leibenluft, M.D.
Jefa, Sección sobre Trastornos del Espectro Bipolar, Rama de Emoción y Desarrollo, Programa de Estado de Ánimo y Ansiedad, National Institute of Mental Health, Bethesda, Maryland

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

Daphna Levinson, Ph.D.
Directora, Investigación y Planificación, Ministry of Health, Mental Health Services, Maryland

Viviane Kovess Masféty, M.Sc., M.D., Ph.D.
Catedrática y Directora, Departamento de Epidemiología; Directora, Fondation MGEN; Directora, L'Université Paris Descartes Research Unit, École des Hautes Études en Santé Publique, París, Francia

Herbert Matschinger, Ph.D.
Investigador Principal, Departamento de Psiquiatría y Psicoterapia, University of Leipzig

Briana Mezuk, Ph.D.
Departamento de Epidemiología y Salud Comunitaria, Virginia Commonwealth University School of Medicine, Richmond, Virginia

Zeina Mneimneh, M.P.H., M.Sc.
Directora de Estudios, University of Michigan/Survey Research Center, Institute for Social Research, Ann Arbor, Michigan

William E. Narrow, M.D., M.P.H.
Director Asociado, División de Investigación, American Psychiatric Association, Arlington, Virginia; Director de Investigación, DSM-5 Task Force

Johan Ormel, Ph.D.
Profesor Titular de Epidemiología Psiquiátrica, University Medical Center Groningen

Daniel S. Pine, M.D.
Jefe de Estudios de Desarrollo, Programa de Trastornos del Estado de Ánimo y de Ansiedad, National Institute of Mental Health, Bethesda, Maryland

José Posada-Villa, M.D.
Profesor Titular, Instituto Colombiano del Sistema Nervioso, Clínica Montserrat, Colombia

Martin Prince, M.D.
Profesor Titular, Centre for Public Mental Health, Departamento de Servicio de Salud e Investigación Poblacional, Institute of Psychiatry, Londres, Reino Unido

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

Judith L. Rapoport, M.D.
Jefa, Rama de Pisquiatría Infantil, National Institute of Mental Health, Bethesda, Maryland

Darrel A. Regier, M.D., M.P.H.
Director Ejecutivo, American Psychiatric Institute for Research and Education, y Director, División de Investigación, American Psychiatric Association, Arlington, Virginia; Vicepresidente, DSM-5 Task Force

Paola Rucci, Dr. Stat.
Profesora Adjunta de investigación visitante, Departamento de Psiquiatría, University of Pittsburgh School of Medicine, Western Psychiatric Institute and Clinic, Pittsburgh, Pennsylvania; Becaria, Departamento de Medicina y Salud Pública, Universidad de Bologna, Bologna, Italia

Norman Sartorius, M.D., Ph.D., F.R.C.Psych.
Presidente, Association for the Improvement of Mental Health Programmes, Ginebra, Suiza

Michael Schoenbaum, Ph.D.
Asesor Principal, Oficina del Director, División de Servicios e Investigación de Intervenciones, National Institute of Mental Health, Bethesda, Maryland

Susan K. Schultz, M.D.
Profesora Titular de Psiquiatría, University of Iowa Carver College of Medicine, Iowa City, Iowa

Soraya Seedat, M.B.Ch.B., F.C.Psych., Ph.D.
Codirectora, Medical Research Council Unit on Anxiety and Stress Disorders, Ciudad del Cabo, Sudáfrica

David Shaffer, M.D.
Profesor Irving Philips de Psiquiatría Infantil y Profesor Titular de Pediatría, Psiquiatría infantil y del adolescente, New York State Psychiatric Institute, Nueva York, Nueva York

Leonard J. Simms, Ph.D.
Profesor Asociado, Departamento de Psicología, University at Buffalo, The State University of New York, Buffalo, NuevaYork

Renata Sousa, Ph.D.
Psicóloga e Investigadora, Departamento de Servicio de Salud e Investigación Poblacional, Institute of Psychiatry, Londres, Reino Unido

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

Susan C. South, Ph.D.
Profesora Adjunta, Departamento de Ciencias Psicológicas, Purdue University, West Lafayette, Indiana

Hisateru Tachimori, Ph.D.
Jefe de Sección, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry

Eric Taylor, M.A., M.B.
Profesor Emérito, King's College London, Institute of Psychiatry, Londres, Reino Unido

Myriam Torres, M.S.
Institute for Social Research, University of Michigan, Ann Arbor, Michigan

Adley Tsang, B.So.Sci.
Asistente de Investigación Principal, Hong Kong Mood Disorders Center, Prince of Wales Hospital

T. Bedirhan Üstün, M.D.
Coordinador de Terminologías y Estándares para Clasificaciones, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza

Michael Von Korff, Sc.D.
Investigador principal, Group Health Research Institute, Seattle, Washington

Philip S. Wang, M.D., Dr.P.H.
Subdirector, National Institute of Mental Health, Bethesda, Maryland

Hans-Ulrich Wittchen, Ph.D.
Presidente y Director, Institute of Clinical Psychology and Psychotherapy, y Catedrático, Technische Universitaet Dresden, Dresden, Alemania

Kimberly A. Yonkers, M.D.
Profesor Titular Departamento de Psiquiatría, Yale School of Medicine, New Haven, Connecticut

Charles H. Zeanah, M.D.
Profesor Titular, Departamento de Psiquiatría, Tulane University, Nueva Orleans, Luisiana

Rong Zhang, Ph.D.
Blue Cross Blue Shield of Michigan

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

Declaración de conflictos de interés

Los siguientes colaboradores de este libro indicaron un interés económico u otra asociación con un patrocinador comercial, un fabricante de un producto comercial, un prestador de un servicio comercial, una organización no gubernamental o un organismo del gobierno, según se enumera a continuación.

Darrel A. Regier, M.D., M.P.H.— como Director ejecutivo del American Psychiatric Institute for Research and Education, supervisa toda la investigación subvencionada con fondos federales y de la industria y los subsidios para capacitación en investigación de APIRE, pero no recibe un salario ni honorarios del gobierno o la industria.

Lee Anna Clark, Ph.D.: recibe subsidios para investigación y regalías de la University of Minnesota Press por la evaluación Schedule for Adaptive and Non-adaptive Personality (SNAP, Esquema para Personalidad Adaptativa y No Adaptativa).

Warachal Eileen Faison, M.D.: es empleada de tiempo completo de Pfizer Inc. y tiene acciones en la compañía.

Ellen Frank, Ph.D.: recibe regalías de Guilford Press. Pertenece al Consejo Asesor de Servier International.

Nick Glozier, Ph.D.: ha recibido subsidios para investigación del Australian Research Council, el National Health and Medical Research Council, Servier Laboratories, BOHRF, Beyond Blue y la Heart Foundation. Realiza evaluaciones medicolegales de discapacidad para NSW Fire Brigades, NSW Police, RailCorp, la Worker's Compensation Commission y varias firmas legales, tanto apelantes como demandantes. Es miembro del panel de apelación médica de la NSW Worker's Compensation Commission para indemnizaciones por discapacidad.

Steven E. Hyman, M.D.: es miembro del Consejo Científico de Novartis, pero no recibe pago directo ni honorarios.

Ronald C. Kessler, Ph.D.: ha sido consultor de GlaxoSmithKline, Kaiser Permanente, Pfizer Inc., Sanofi-Aventis, Shire Pharmaceuticals y Wyeth-Ayerst. Ha integrado los consejos asesores de Eli Lilly & Company y Wyeth-Ayerst. Ha recibido subsidios para investigación de Bristol-Myers Squibb, Eli Lilly & Company, GlaxoSmithKline, Johnson & Johnson, Ortho-McNeil Pharmaceuticals Inc., Pfizer Inc. y Sanofi-Aventis.

James F. Leckman, M.D.: recibe subsidios para investigación de los National Institutes of Health, la Tourette Syndrome Association y la Klingenstein Third Generation Foundation. Recibe regalías de John Wiley and Sons, McGraw Hill y Oxford University Press.

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

Paola Rucci, Dr.Stat.: ha recibido subsidios para investigación del Forest Research Institute y la Fondazione IDEA.

Susan K. Schultz, M.D.: ha recibido subsidios para investigación del National Cancer Institute y el National Institute of Aging, con asociación de Baxter Healthcare. Recibe apoyo de la American Psychiatric Association por tareas editoriales en el American Journal of Psychiatry.

Soraya Seedat, M.B.Ch.B., F.C.Psych., Ph.D.: ha recibido subsidios para investigación de GlaxoSmithKline, Lundbeck, Astra-Zeneca y Servier.

Michael Von Korff, Sc.D.: recibe subsidios para investigación de Johnson and Johnson.

Kimberly A. Yonkers, M.D.: ha recibido subsidios para investigación de Eli Lilly. Ha recibido regalías de publicación de Up to Date Inc.

Charles H. Zeanah, M.D.: ha recibido regalías de Guilford Press.

Los siguientes colaboradores de este libro han expresado que no tienen ningún conflicto de interés para revelar durante el año previo a la presentación del manuscrito:

Jamie M. Abelson, M.S.W.
Sergio Aguilar-Gaxiola, M.D., Ph.D.
Jordi Alonso, M.D., Ph.D.
Gavin Andrews, M.D.
Katja Beesdo, Ph.D.
Patricia A. Berglund, M.B.A.
Guilherme Borges, M.Sc., Dr.Sc.
Mark Oakley Browne, Ph.D.
Ronny Bruffaerts, Ph.D.
Diana E. Clarke, Ph.D.
E. Jane Costello, Ph.D.
Michelle G. Craske, Ph.D.
Ron Dahl, M.D.
Giovanni de Girolamo, M.D.
Madeleine Delves
Michael Dewey, Ph.D.
Nicholas R. Eaton, M.A.
Richard Gater, M.D.
Andrew T. Gloster, Ph.D.
David Goldberg, D.M., F.R.C.P.
Oye Gureje, M.D., Ph.D., D.Sc.
Josep Maria Haro, M.D., M.P.H., Ph.D.
John E. Helzer, M.D.
Michael Höfler, Ph.D.
James S. Jackson, Ph.D.

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

Regina James, M.D.
Rachel G. Klein, Ph.D.
Stanislav Kostyuchenko, M.D.
Robert F. Krueger, Ph.D.
Emily A. Kuhl, Ph.D.
David J. Kupfer, M.D.
Sing Lee, M.B., B.S., F.R.C.Psych.
Ellen Leibenluft, M.D.
Daphna Levinson, Ph.D.
Viviane Kovess Masféty, M.Sc., M.D., Ph.D.
Herbert Matschinger, Ph.D.
Briana Mezuk, Ph.D.
Zeina Mneimneh, M.P.H., M.Sc.
William E. Narrow, M.D., M.P.H.
Johan Ormel, Ph.D.
Daniel S. Pine, M.D.
José Posada-Villa, M.D.
Martin Prince, M.D.
Judith L. Rapoport, M.D.
Norman Sartorius, M.D., Ph.D., F.R.C.Psych.
Michael Schoenbaum, Ph.D.
David Shaffer, M.D.
Leonard J. Simms, Ph.D.
Renata Sousa, Ph.D.
Susan C. South, Ph.D.
Hisateru Tachimori, Ph.D.
Eric Taylor, M.A., M.B.
Myriam Torres, M.S.
Adley Tsang, B.So.Sci.
T. Bedirhan Üstün, M.D.
Philip S. Wang, M.D., Dr.P.H.
Hans-Ulrich Wittchen, Ph.D.
Rong Zhang, Ph.D.

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

Índice

Colaboradores v
Introducción xxi
Darrel A. Regier, M.D., M.P.H.
William E. Narrow, M.D., M.P.H.
Emily A. Kuhl, Ph.D.
David J. Kupfer, M.D.

PARTE I
Espectros diagnósticos: Evaluación de la validez de las agrupaciones de trastornos

1 **Diagnóstico de los trastornos mentales a la luz de la genética moderna** 3
Steven E. Hyman, M.D.

2 **Integración de espectros dimensionales de depresión y ansiedad en diagnósticos categoriales para la práctica médica general** 17
David Goldberg, D.M., F.R.C.P.
Leonard J. Simms, Ph.D.
Richard Gater, M.D.
Robert F. Krueger, Ph.D.

3 **Una vía de avance para la nomenclatura psiquiátrica: El ejemplo del enfoque del proyecto de espectros** 33
Ellen Frank, Ph.D.
Paola Rucci, Dr.Stat.
Giovanni B. Cassano, M.D.

4 **Metaefectos de la clasificación de trastornos mentales** 55
Norman Sartorius, M.D., Ph.D., F.R.C.Psych

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

PARTE II
Integración de conceptos dimensionales en un sistema categorial

5 **Propuesta para incorporar dimensiones clínicamente relevantes en el DSM-5** 75
John E. Helzer, M.D.

6 **Prototipos de trastornos de la personalidad derivados empíricamente: Puentes entre dimensiones y categorías del DSM-5** 91
Robert F. Krueger, Ph.D.
Nicholas R. Eaton, M.A.
Susan C. South, Ph.D.
Lee Anna Clark, Ph.D.
Leonard J. Simms, Ph.D.

7 **Opciones y problemas de las medidas dimensionales para el DSM-5: ¿Qué tipos de medidas son las mejores para predecir la evolución y el pronóstico?** 111
Hans-Ulrich Wittchen, Ph.D.
Michael Höfler, Ph.D.
Andrew T. Gloster, Ph.D.
Michelle G. Craske, Ph.D.
Katja Beesdo, Ph.D.

PARTE III
Evaluación del deterioro funcional en cuanto a significación clínica y discapacidad

8 **Significación clínica y umbrales de trastornos en el DSM-5: Papel de la discapacidad y el distrés** 137
William E. Narrow, M.D., M.P.H.
Emily A. Kuhl, Ph.D.

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

9 **Evaluación de las limitaciones en la actividad y la discapacidad en adultos** 153
Michael Von Korff, Sc.D.
Gavin Andrews, M.D.
Madeleine Delves

10 **Medición de la discapacidad en trastornos físicos, mentales y cognitivos** 179
Martin Prince, M.D.
Nick Glozier, Ph.D.
Renata Sousa, Ph.D.
Michael Dewey, Ph.D.

PARTE IV
Identificación de expresiones importantes de los trastornos relacionadas con la cultura y el sexo

11 **Evaluación de trastornos mentales y uso de servicios en distintos países: Iniciativa de encuesta mundial de salud mental de la OMS** 219
Philip S. Wang, M.D., Dr.P.H.
Sergio Aguilar-Gaxiola, M.D., Ph.D.
Jordi Alonso, M.D., Ph.D.
Sing Lee, M.B., B.S., F.R.C.Psych.
Michael Schoenbaum, Ph.D.
T. Bedirhan Üstün, M.D.
Ronald C. Kessler, Ph.D.
Ronny Bruffaerts, Ph.D.
Guilherme Borges, M.Sc., Dr.Sc.
Giovanni de Girolamo, M.D.
Oye Gureje, M.D., Ph.D., D.Sc.
Josep Maria Haro, M.D., M.P.H., Ph.D.
Stanislav Kostyuchenko, M.D.
Viviane Kovess Masféty, M.Sc., M.D., Ph.D.
Daphna Levinson, Ph.D.
Herbert Matschinger, Ph.D.
Zeina Mneimneh, M.P.H., M.Sc.
Mark Oakley Browne, Ph.D.
Johan Ormel, Ph.D.
José Posada-Villa, M.D.
Soraya Seedat, M.B.Ch.B., F.C.Psych., Ph.D.
Hisateru Tachimori, Ph.D.
Adley Tsang, B.So.Sci

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

12 **Intersección de la raza, el grupo étnico, la inmigración y las influencias culturales en el carácter y la distribución de trastornos mentales: Examen de la depresión mayor** 255
James S. Jackson, Ph.D.
Jamie M. Abelson, M.S.W.
Patricia A. Berglund, M.B.A.
Briana Mezuk, Ph.D.
Myriam Torres, M.S.
Rong Zhang, Ph.D.

13 **Género y cuestiones relacionadas con el género en el DSM-5** 273
Kimberly A. Yonkers, M.D.
Diana E. Clarke, Ph.D.

PARTE V
Incorporación de variaciones evolutivas de la expresión de trastornos a lo largo de la vida

14 **Aumento del foco en el desarrollo, en el DSM-5: Aspectos generales y posibles aplicaciones específicas en ansiedad** 289
Daniel S. Pine, M.D.
E. Jane Costello, Ph.D.
Ron Dahl, M.D.
Regina James, M.D.
James F. Leckman, M.D.
Ellen Leibenluft, M.D.
Rachel G. Klein, Ph.D.
Judith L. Rapoport, M.D.
David Shaffer, M.D.
Eric Taylor, M.A., M.B.
Charles H. Zeanah, M.D.

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

15 **Problemas diagnósticos relacionados con el paso de la adultez a etapas ulteriores de la vida** 305
Warachal Eileen Faison, M.D.
Susan K. Schultz, M.D.

Índice analítico 323

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

INTRODUCCIÓN

Darrel A. Regier, M.D., M.P.H.
William E. Narrow, M.D., M.P.H.
Emily A. Kuhl, Ph.D.
David J. Kupfer, M.D.

A lo largo de los últimos 30 años, se han investigado continuamente múltiples hipótesis inherentes al *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, de la tercera edición (DSM-III; American Psychiatric Association 1980) a la cuarta (DSM-IV; American Psychiatric Association 1994). Si bien el DSM-III fue la primera clasificación oficial de la American Psychiatric Association (APA, Asociación de Psiquiatría de Estados Unidos) que abrazó estas hipótesis, es más correcto atribuir su origen intelectual al artículo de Eli Robins y Samuel Guze sobre el establecimiento de la validez diagnóstica en la patología psiquiátrica, que marcó un hito en 1970 (Robins y Guze, 1970), y la publicación ulterior en 1972 de los "criterios diagnósticos de Feighner" de St. Louis (Feighner y cols., 1972). Éstos formaron la base de Criterios Diagnósticos de Investigación de 1978 (Spitzer y cols., 1978), que

Reimpreso de Regier DA, Narrow WE, Kuhl E, Kupfer DJ: "The Conceptual Development of DSM-V". *American Journal of Psychiatry* 166:645-650, 2009. Copyright 2009, American Psychiatric Association. Usado con autorización.

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

se aplicaron en el estudio colaborativo longitudinal sobre psicobiología de la depresión subvencionado por el National Institute of Mental Health (Instituto Nacional de Salud Mental) (Rice y cols., 2005) y que, finalmente, fueron los diagnósticos prototípicos adoptados en el DSM-III, en 1980.

La expectativa de Robins y Guze (1970) era que cada síndrome clínico descrito en los criterios de Feighner, Criterios Diagnósticos de Investigación, y el DSM-III debían ser validados, en última instancia, por su separación de otros trastornos, evolución clínica común, agregación genética en familias y diferenciación adicional por futuras pruebas de laboratorio, que incluirían, en la actualidad, estudios por la imagen anatómicos y funcionales, genética molecular, variaciones fisiopatológicas e investigación neuropsicológica. A los elementos de validación originales, Kendler (1990) agregó la respuesta diferencial al tratamiento, que podía incluir intervenciones tanto farmacológicas como psicoterapéuticas.

Después de casi 40 años de estudiar estas hipótesis, estamos impresionados por los notables avances en la investigación y la práctica clínica facilitados por contar con criterios diagnósticos explícitos que determinaron mayor fiabilidad en el diagóstico entre clínicos e investigadores de muchos países. El beneficio de emplear criterios explícitos para aumentar la fiabilidad en ausencia de conocimiento etiológico fue un resultado previsto por el psiquiatra británico Ervin Stengel (1959). Sin embargo, como estos criterios se investigaron en múltiples estudios epidemiológicos, clínicos y genéticos mediante la edición ligeramente revisada del DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987), el DSM-IV y el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000), la falta de separación clara de estos síndromes se hizo evidente por los altos niveles comunicados de comorbilidad (Boyd y cols., 1984; Regier y cols., 1990). Kendell y Jablensky (2003) presentaron un análisis particularmente claro sobre la imposibilidad de identificar "zonas de rareza" entre los trastornos mentales. Además, la respuesta al tratamiento se volvió menos específica cuando se observó que los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina eran eficaces para un amplio espectro de trastornos de ansiedad, del estado de ánimo y de la conducta alimentaria, y los antipsicóticos atípicos tuvieron indicaciones en la esquizofrenia, el trastorno bipolar y la depresión mayor resistente al tratamiento.

En forma más reciente, se detectó que la mayoría de los pacientes con diagnósticos de ingreso de depresión mayor en el estudio Alternativas de tratamiento secuencial para aliviar la depresión (Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression, STAR*D) presentaban síntomas de ansiedad significativos, y este subgrupo mostró una evolución clínica más grave y respondió menos a los tratamientos existentes (Howland y cols., 2009). La falta de una separación definida entre los trastornos actuales definidos por el DSM-IV-TR fue claramente ilustrada en una encuesta de pacientes de atención primaria (Lowe y cols., 2008) que halló que, entre individuos con las calificaciones más graves de depresión, ansiedad o somatización, más de la mitad de cada grupo sindrómico presentaba también por lo menos uno, si no ambos, de los otros dos trastornos. Más aun, la influencia combinada de los tres síndromes sobre el deterioro funcional fue mucho más significativa que cualquiera de sus efectos individuales. De modo similar, hemos llegado a comprender que es improbable que hallemos bases

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

genéticas únicas para la mayoría de los trastornos mentales, que tienen mayor probabilidad de presentar vulnerabilidades poligenéticas que interactúan con factores epigenéticos (que activan y desactivan genes) y exposiciones ambientales para provocar los trastornos.

Retrospectivamente, resulta interesante que hubiera una separación tan estricta de los síntomas de trastornos del estado de ánimo, de ansiedad, psicóticos, somáticos, por consumo de sustancias y de personalidad para los diagnósticos de Feighner originales (Regier y cols., 2005). Es evidente que había una jerarquía que tendía a suprimir la significación de los síntomas de menor orden en las definiciones de los síndromes para lograr estos tipos tan puros. Esta disposición jerárquica de los trastornos estaba implícita en la clasificación tradicional de Kraepelin que ordenaba los trastornos mentales orgánicos, esquizofrenia nuclear, enfermedad maníaco-depresiva y enfermedades neuróticas, en cuadros de orden más alto a más bajo (Surtees y Kendell, 1979). Esto fue seguido por una declaración explícita de Jaspers (1963): "El principio del diagnóstico médico es que todos los fenómenos patológicos deben ser caracterizados dentro de un solo diagnóstico... en una persona dada" (p. 611). La idea de una jerarquía estricta, en la que la presencia de cualquier trastorno podía causar manifestaciones de trastornos ubicados en niveles más bajos de la jerarquía, fue abandonada de manera explícita en el DSM-III-R tras la publicación y revisión (Regier, 1987) del artículo de Boyd y cols. (1984), pero la separación estricta de síntomas y tipos de trastornos ha persistido hasta el DSM-IV-TR. En algunas áreas, se siguen observando remanentes de la jerarquía, como el diagnóstico del trastorno autista (299.00), en el que todavía hay una exclusión explícita de un diagnóstico de trastorno de déficit de atención/hiperactividad (TDAH) en presencia de trastorno autista. El efecto práctico de esta exclusión es que se suele negar el reintegro del seguro por síntomas concurrentes de TDAH en caso de diagnóstico de autismo. Para mantener esta separación estricta, tenemos, en la actualidad, una plétora de comorbilidad, porque los pacientes no tienen, en general, sólo síntomas del estado de ánimo, somáticos o de ansiedad, sino que tienden a presentar una combinación de múltiples grupos de síntomas. Por consiguiente, observamos cuadros heterogéneos dentro de grupos diagnósticos aislados, una tasa notablemente alta en contextos especializados en salud mental de diagnósticos "no especificados" que no terminan de cumplir los criterios existentes, así como altas tasas de trastornos de ansiedad-estado de ánimo-somáticos mixtos "subsindrómicos" en contextos de atención primaria.

Entonces, ¿cómo debemos actualizar nuestra clasificación para reconocer los síndromes más prominentes que realmente están presentes en la naturaleza, en lugar de los tipos puros heurísticos y anacrónicos de eras científicas previas? Una consideración seria del estudio de Lowe y cols. (2008) mencionado antes, es que algunos pacientes con angustia y deterioro clínicamente significativos podrían tener sólo unos pocos síntomas de los grupos de criterios diagnósticos del estado de ánimo, ansiedad y somáticos que no califican para un diagnóstico formal de ningún trastorno, aunque la carga agregada exige un diagnóstico no especificado y un tratamiento. Una consideración clínica más importante es que no se puede predecir la evolución clínica ni la respuesta al tratamiento de la depresión ansiosa, el trastorno por estrés postraumático con depresión y otros trastornos mixtos a

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

partir de estudios clínicos de medicaciones o intervenciones psicosociales basadas en los resultados de grupos de pacientes seleccionados para trastornos categoriales puros o que contienen una combinación heterogénea desconocida de cuadros concomitantes. Además, los parámetros dimensionales supraordinales pueden aportar mejores expresiones fenotípicas para el ligamiento con sustratos de susceptibilidad a enfermedad identificados mediante neuroimágenes y estudios genéticos. Los determinantes genéticos comunes de la esquizofrenia y el trastorno bipolar han determinado la necesidad de reevaluar estos trastornos como entidades diagnósticas definidas (Lichtenstein y cols., 2009; Owen y Craddock, 2009).

Cuando comenzamos el proceso evolutivo del DSM-5 en 1999, una preocupación importante era encarar una serie de problemas que habían surgido a lo largo de los 30 años previos. Éstos comprendían la definición básica de trastorno mental, la posibilidad de agregar criterios dimensionales a los trastornos, la opción de separar el deterioro y las evaluaciones diagnósticas, la necesidad de encarar las diversas expresiones de una enfermedad a lo largo de los estadios de desarrollo de toda una vida y la necesidad de considerar las diferencias de expresión de los trastornos mentales condicionadas por el sexo biológico y las características culturales. También era una prioridad la oportunidad de evaluar la rapidez de los avances neurocientíficos en fisiopatología, genética, farmacogenómica, imágenes estructurales y funcionales y neuropsicología. Todas estas áreas se resumieron en una serie de notas técnicas publicadas como *A Research Agenda for DSM-V* (Programa de investigación para el DSM-V) (Kupfer y cols., 2002). Después, la APA encargó un segundo volumen de notas técnicas para encarar aspectos de la psicopatología del desarrollo a lo largo de la vida (en niños muy pequeños y en grupos de edad avanzada), así como las diferencias relacionadas con el sexo en la aparición y expresión de trastornos mentales, titulado *Age and Gender Considerations in Psychiatric Diagnosis: A Research Agenda for DSM-V* (Consideraciones sobre edad y sexo en el diagnóstico psiquiátrico: Programa de investigación para el DSM-V) (Narrow y cols., 2007).

En la siguiente etapa del desarrollo del DSM, el American Psychiatric Institute for Research and Education (Instituto Psiquiátrico de Estados Unidos para la Investigación y la Educación) pudo trabajar en conjunto con la Organización Mundial de la Salud (OMS) y autoridades de la World Psychiatric Association para elaborar una solicitud de subsidio para una conferencia de investigación del National Institute of Mental Health (NIMH) a fin de revisar la base de investigación para un amplio espectro de diagnósticos de trastornos mentales. Además del NIMH, el National Institute on Drug Abuse (NIDA, Instituto Nacional sobre Abuso de Drogas) y el National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA, Instituto Nacional sobre Abuso de Alcohol y Alcoholismo) aceptaron apoyar este proyecto y transformarlo en un subsidio de acuerdo cooperativo para el que se formó un comité directivo integrado por representantes del American Psychiatric Institute for Research and Education, cada uno de los tres institutos del National Institutes of Health y la OMS. Uno de nosotros (D.A.R.) fue el investigador principal, y los coinvestigadores incluyeron a otro autor (W.E.N.) y a Michael First, así como a Bridget Grant, del NIAAA; Wilson Compton, del NIDA; Wayne Fenton y después Bruce Cuthbert, seguidos de Michael Kozak, del NIMH; y Benedetto

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

Saraceno, quien designó a Norman Sartorius para representar a la OMS. El subsidio de 5 años, de 2003 a 2008, subvencionó 13 conferencias internacionales que han generado más de 100 artículos científicos, muchos de los cuales han sido compilados, ahora, en monografías que se usarán como volúmenes de referencia para el Equipo de Trabajo del DSM-V y el Grupo Asesor sobre Trastornos Mentales de la CIE-11 de la OMS (Andrews y cols., 2009; Helzer y cols., 2008; Kupfer y cols., 2002; Narrow y cols., 2007; Philips y cols., 2003; Saunders y cols., 2007; Sunderland y cols., 2007; Widiger y cols., 2006). Una recomendación uniforme que surgió con suma firmeza de la conferencia inicial sobre métodos (Kraemer, 2007; Kraemer y cols., 2007), la conferencia sobre parámetros dimensionales (Helzer y cols., 2006) y la conferencia sobre salud pública fue la necesidad de una mejor integración de los criterios de evaluación categóricos y dimensionales para la siguiente revisión del DSM. Ediciones previas habían cuestionado la factibilidad clínica de establecer parámetros dimensionales para evaluar umbrales y gravedad de los trastornos, pero habían adoptado requerimientos de evaluación de "angustia o deterioro clínicamente significativos" para todos los trastornos del DSM-IV (pp. xxi-xxii). El único componente dimensional del DSM-IV es el Eje V, que combina tanto síntomas como deterioro funcional para una escala de Evaluación Global del Funcionamiento.

En abril de 2006, el presidente de la APA Steven Sharfstein y el director médico James Scully nombraron al presidente (D.J.K.) y al vicepresidente (D.A.R.) del Equipo de Trabajo del DSM-5. Esto fue seguido de designaciones de una cantidad sustancial de miembros del equipo de trabajo. Sin embargo, antes de que los miembros de este grupo pudieran ser totalmente aprobados, el Consejo de Administración estableció principios para el nombramiento que exigían límites a las inversiones y a los ingresos que se podían recibir de compañías farmacéuticas, el requerimiento de que no más de dos representantes de cualquier universidad participaran en el equipo de trabajo o en el mismo grupo de trabajo y un proceso de examen y revisión por un subcomité del consejo (www.dsm5.org). Este proceso demandó casi dos años en completarse: en julio de 2007 se anunciaron públicamente los miembros del equipo de trabajo, y en mayo de 2008, los miembros del grupo de trabajo. Durante el período necesario para nombrar y examinar a los miembros del grupo de trabajo, se asignó al equipo de trabajo la responsabilidad de encarar cuestiones conceptuales en los grupos de estudio que orientarían la elaboración global de revisiones para áreas diagnósticas específicas.

El foco del grupo de estudio sobre trastornos de espectros incluía la evaluación de los espectros de síndromes de trastornos mentales que cruzan los límites diagnósticos existentes, las recomendaciones para la estructura general de las categorías del DSM y la identificación de 11 criterios potenciales útiles para investigar la validez de los diagnósticos de los trastornos mentales, una expansión marcada respecto de los criterios originales propuestos por Robins y Guze (1970). Un segundo grupo de estudio, que consideró aspectos del desarrollo, se centró en garantizar la atención a diferentes expresiones de trastornos mentales que podrían surgir en edades y etapas del desarrollo de la vida humana progresivas. Se estableció un tercer grupo de estudio, sobre sexo y cultura, para evaluar la diferente expresión o equivalentes de síntomas de trastornos mentales que son mediados por el sexo

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

y la cultura. Se formó un cuarto grupo de estudio sobre la interfaz con la medicina general, para encarar enfoques que facilitarían una mejor conexión entre enfoques médicos generales y de trastornos mentales para el diagnóstico.

Un tema inicial importante detectado por el cuarto grupo fue la necesidad de revisar las estrategias y los instrumentos de evaluación de discapacidad que se podrían aplicar en toda la medicina y posiblemente reemplazar la escala de Evaluación Global del Funcionamiento que, en la actualidad, representa el Eje V del DSM-IV-TR. Como resultado de sus recomendaciones, se formó un quinto grupo de estudio, sobre evaluación del deterioro funcional y la discapacidad, que consideraría específicamente el desarrollo de estrategias de evaluación del deterioro y la discapacidad globales. Por último, la necesidad de encarar aspectos de medición y evaluación en todas las áreas diagnósticas sometidas a revisiones dio por resultado la formación de un sexto grupo de estudio que se ocuparía de los instrumentos de evaluación diagnóstica. Representantes de cada uno de los grupos trabajarán con un grupo central de expertos en instrumentos diagnósticos, capaces de evaluar métodos para facilitar la atención basada en mediciones para clínicos, efectuar evaluaciones de investigaciones clínicas y determinar tasas de diagnósticos de trastornos mentales en poblaciones extrahospitalarias para estudios epidemiológicos. Este último grupo mantuvo su primera reunión organizativa en enero de 2009 y colaborará con cada uno de los grupos de trabajo a fin de facilitar un enfoque de abajo arriba para el desarrollo de instrumentos que comenzarán con los criterios diagnósticos y determinarán cómo la métrica dimensional relevante puede facilitar la atención basada en mediciones (Trivedi y cols., 2006).

Cada uno de los 13 grupos de trabajo en áreas diagnósticas ha sido responsable de efectuar revisiones bibliográficas que se sumen al trabajo relevante de las fases y dos del proceso de elaboración del DSM-5. Se ha formado un grupo de métodos de investigación para revisar los análisis de datos secundarios propuestos para la subvención por la APA a fin de evaluar la base de evidencia de las revisiones propuestas. El proceso de los grupos de trabajo ha sido avalado por convocatorias a conferencias que se realizan por lo menos en forma mensual, y algunos grupos de trabajo mantienen reuniones de subgrupos cada dos semanas. Se han llevado a cabo encuentros presenciales en las oficinas centrales de la APA por lo menos dos veces por año, y muchos grupos de trabajo se suelen reunir simultáneamente para facilitar las discusiones colaborativas entre grupos sobre aspectos de interés mutuo. Los miembros del equipo de trabajo y de los grupos de trabajo han participado de manera activa en presentaciones, en encuentros profesionales y en reuniones municipales, han realizado encuestas a colegas que han realizado publicaciones sobre sus áreas, han suministrado resúmenes de los principales temas del grupo de trabajo en el sitio web del DSM-5 (www.desm5.org) y recibieron recomendaciones del público y de colegas dirigidas al sitio web.

Como el proceso del DSM-5 ahora entra en una fase de ensayos de campo de análisis de datos secundarios y recolección de datos primarios para investigar las opciones diagnósticas, habrá una intensificación de las interacciones entre los grupos de estudio cuyos campos coinciden y los grupos de trabajo diagnósticos. Será de gran interés el intento de considerar las consecuencias de continuar utilizando los criterios de Feighner originales, los Criterios Diagnósticos de Investigación y la

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

estructura jerárquica del DSM-III de categorías diagnósticas "puras". La alta tasa de coexistencia, el uso frecuente de la designación "no especificado" y la combinación heterogénea de cuadros dentro de los límites diagnósticos actuales son todos problemas importantes que nos agradaría encarar en la revisión del DSM-5. Los elementos de validación originales de Robins y Guze no han confirmado el buen criterio de la estructura actual. El grupo expandido de elementos de validación recomendado por nuestro grupo de estudio sobre los trastornos de los espectros suministra un marco de trabajo para considerar cómo se podrían agrupar los trastornos en categorías supraordinales más grandes en el DSM-5.

Con el tiempo, los síndromes de trastornos mentales se redefinirán para reflejar categorías diagnósticas más útiles (con alto potencial de discriminación), así como discontinuidades dimensionales entre los trastornos y umbrales claros entre patología y normalidad. Sin embargo, nuestra tarea inmediata es establecer un marco de trabajo para una evolución de nuestro sistema diagnóstico que permita un progreso de nuestra práctica clínica y facilite la investigación en curso de los criterios diagnósticos que buscan ser hipótesis científicas, más que escritos bíblicos infalibles. El requisito individual más importante para mejorar la utilidad clínica y científica del DSM-5 será la incorporación de parámetros dimensionales simples para evaluar síndromes dentro de categorías diagnósticas amplias y dimensiones supraordinales que atraviesen los límites diagnósticos actuales. Por lo tanto, hemos decidido que una de las principales diferencias –si no la principal– entre el DSM-IV y el DSM-5 será el uso más prominente de parámetros dimensionales en el último.

La preparación de marcadores biológicos que sirvan como características asociadas, factores de riesgo o criterios diagnósticos será de gran interés. De modo similar, se deberá determinar la utilidad y validez clínicas de especificadores relacionados con la edad, el sexo y la cultura o de subtipos de trastornos. Habrá que revisar y seleccionar enfoques basados en mediciones para conjuntos de nuevos criterios para la investigación de campo como parte de los procedimientos de pruebas de campo.

Como presidentes y coordinadores de este proceso de revisión, estamos muy conscientes de los rápidos cambios de la base de investigación para la descripción y el tratamiento de trastornos mentales que incluyen trastornos neuromadurativos, neurocognitivos y adictivos. Asimismo, estamos reevaluando la estructura del manual propiamente dicho para facilitar tanto la práctica clínica como mejores criterios de investigación a fin de orientar el desarrollo de estudios clínicos, genéticos y de imágenes, y pautas de tratamiento. Más específicamente, prevemos que contaremos con una estructura que contenga "receptores" para nuevos factores de riesgo biológicos, neurocognitivos y ambientales a medida que surjan para orientar la futura investigación y práctica clínica (Hyman, 2007). En consecuencia, esperamos que el DSM-5 sea un documento vivo con una infraestructura de revisión permanente que posibilite revisar áreas diagnósticas específicas en las que se reproduzca y revise nueva evidencia lista para ser adoptada.

Estas revisiones regulares ya son habituales para las pautas de práctica, las revisiones de las nuevas categorías diagnósticas de la *Clasificación Internacional de Enfermedades*, 9.ª revisión, Modificación Clínica (National Center for Health

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

Statistics [Centro Nacional de Estadísticas de Salud] y Centers for Medicare and Medicaid Services [Centros de Servicios de Medicare y Medicaid], 1997) y para los códigos de Terminología Actual de Procedimientos de la American Medical Association (Asociación Médica de Estados Unidos) (2007) usados por los Centers for Medicare and Medicaid Services y toda la medicina.

Esperamos un intenso proceso interactivo en los años venideros antes de la publicación del DSM-5 en mayo de 2013.

Bibliografía

American Medical Association: Current Procedural Terminology, 4ª ed. New York, Oxford University Press, 2007

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3ª ed. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1980

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3ª ed. revisada. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1987

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4ª ed. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4ª ed., texto revisado. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000

Andrews G, Charney DS, Sirovatka PJ, et al (eds): Stress-Induced and Fear Circuitry Disorders: Refining the Research Agenda for DSM-V. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2009

Boyd JH, Burke JD, Gruenberg E, et al: Exclusion criteria of DSM-III: a study of co-occurrence of hierarchy-free syndromes. Arch Gen Psychiatry 41:983–989, 1984

Feighner JP, Robins E, Guze SB, et al: Diagnostic criteria for use in psychiatric research. Arch Gen Psychiatry 26:57–63, 1972

Helzer JE, Kraemer HC, Krueger RF: The feasibility and need for dimensional psychiatric diagnoses. Psychol Med 36:1671–1680, 2006

Helzer JE, Kraemer HC, Krueger RF, et al (eds): Dimensional Approaches in Diagnostic Classification: Refining the Research Agenda for DSM-V. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2008

Howland RH, Rush AJ, Wisniewski SR, et al: Concurrent anxiety and substance use disorders among outpatients with major depression: clinical features and effect on treatment outcome. Drug Alcohol Depend 99:248–260, 2009

Hyman SE: Can neuroscience be integrated into the DSM-V? Nat Rev Neurosci 8:725–732, 2007

Jaspers K: General Psychopathology, 7ª ed. Traducido por Hoenig J, Hamilton MW. Manchester, UK, Manchester University Press, 1963

Kendell R, Jablensky A: Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses. Am J Psychiatry 160:4–12, 2003

Kendler KS: Towards a scientific psychiatric nosology: strengths and limitations. Arch Gen Psychiatry 47:969–973, 1990

Kraemer HC: DSM categories and dimensions in clinical and research contexts. Int J Methods Psychiatr Res 16(supl.):S8–S15, 2007

Kraemer HC, Shrout PE, Rubio-Stipec M: Developing the diagnostic and statistical manual V: what will "statistical" mean in DSM-V? Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 42:259–267, 2007

Kupfer DJ, First MB, Regier DA (eds): A Research Agenda for DSM-V. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2002

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

Lichtenstein P, Yip BH, Björk C, et al: Common genetic determinants of schizophrenia and bipolar disorder in Swedish families: a population based study. Lancet 373:234–239, 2009

Lowe B, Spitzer RL, Williams JBW, et al: Depression, anxiety and somatization in primary care: syndrome overlap and functional impairment. Gen Hosp Psychiatry 30:191–199, 2008

Narrow WE, First MB, Sirovatka PJ, et al (eds): Age and Gender Considerations in Psychiatric Diagnosis: A Research Agenda for DSM-V. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2007

National Center for Health Statistics and Centers for Medicare and Medicaid Services: The International Classification of Diseases, 9ª revisión, Clinical Modification (ICD-9-CM). Salt Lake City, UT, Medicode Publications, 1997

Owen MJ, Craddock N: Diagnosis of functional psychoses: time to face the future. Lancet 373:190–191, 2009

Philips KA, First MB, Pincus HA (eds): Advancing DSM: Dilemmas in Psychiatric Diagnosis. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2003

Regier DA: Introduction, part VII: nosologic principles and diagnostic criteria. En: Diagnosis and Classification in Psychiatry: A Critical Appraisal of DSM-III. Editado por Tischler GL. New York, Cambridge University Press, 1987, pp 399–401

Regier DA, Farmer ME, Rae DS, et al: Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study. JAMA 264:2511–2518, 1990

Regier DA, Narrow WE, Rae DS, et al: Advancing from reliability to validity: the challenge for DSMV/ICD-11 revisions, in Psychopathology in the Genome and Neuroscience Era. Editado por Zorumski CF, Rubin EH. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2005, pp 85–96

Rice J, Andreasen NC, Coryell W, et al: NIMH Collaborative Program on the Psychobiology of Depression: clinical. Genet Epidemiol 6:179–182, 2005

Robins E, Guze SB: Establishment of diagnostic validity in psychiatric illness: its application to schizophrenia. Am J Psychiatry 126:983–987, 1970

Saunders JB, Schuckit MA, Sirovatka PJ, et al (eds): Diagnostic Issues in Substance Use Disorders: Refining the Research Agenda for DSM-V. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2007

Spitzer RL, Endicott J, Robins E: Research Diagnostic Criteria: rationale and reliability. Arch Gen Psychiatry 35:773–782, 1978

Stengel E: Classification of mental disorders. Bull World Health Organ 21:601–603, 1959

Sunderland T, Jeste DV, Baiyewu O, et al (eds): Diagnostic Issues in Dementia: Advancing the Research Agenda for DSM-V. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2007

Surtees PG, Kendell RE: The hierarchy model of psychiatric symptomatology: an investigation based on Present State Examination ratings. Br J Psychiatry 135:438–443, 1979

Trivedi MH, Rush AJ, Wisniewski SR, et al: Evaluation of outcomes with citalopram for depression using measurement-based care in STAR*D: implications for clinical practice. Am J Psychiatry 163:28–40, 2006

Widiger TA, Simonsen E, Sirovatka PJ, et al (eds): Dimensional Models of Personality Disorders: Refining the Research Agenda for DSM-V. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2006

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

PARTE I

ESPECTROS DIAGNÓSTICOS: EVALUACIÓN DE LA VALIDEZ DE LAS AGRUPACIONES DE TRASTORNOS

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA,C.A.
Rif: J-29855562-9

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

CAPÍTULO 1

DIAGNÓSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES A LA LUZ DE LA GENÉTICA MODERNA

Steven E. Hyman, M.D.

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA,C.A.
Rif: J-29855562-9

Tradicionalmente, la necesidad apremiante de fiabilidad entre evaluadores en el diagnóstico psiquiátrico contribuyó a la amplia aceptación de criterios diagnósticos operativos, comenzando por el DSM-III (American Psychiatric Association, 1980). Como se advirtió hace tiempo, la fiabilidad se convirtió en una prioridad en una época en la que no se podía obtener validez científica. No obstante, se esperaba que la mayor investigación de los trastornos del DSM-III pudiera dar origen a una clasificación válida. En la actualidad, parece que los crecientes fracasos del sistema diagnóstico vigente no pueden encararse sólo mediante la revisión de conjuntos de criterios individuales y, sin duda, tampoco mediante el agregado de más

---

Este capítulo expone mi punto de vista personal y no representa una posición oficial del Equipo de Trabajo del DSM-5, del que soy miembro, ni del Grupo Asesor Internacional de la Organización Mundial de la Salud para el Revisión de la CIE-19, Capítulo V ("Trastornos mentales y del comportamiento"), del que soy presidente.

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

trastornos al DSM-5. El campo emergente de la genética aporta una ventana útil hacia el carácter de los trastornos mentales. Los conocimientos provenientes de la genética y, cada vez más, de las neurociencias sugieren que el uso exclusivo de diagnósticos categoriales y el enfoque de "fraccionamiento" predominante del DSM-III y el DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) representan obstáculos para el desarrollo a corto plazo de una clasificación más satisfactoria desde las perspectivas científica y clínica.

Introducción y antecedentes

Las definiciones de enfermedades que facilitan la fiabilidad entre evaluadores son los cimientos de la investigación clínica reproducible, incluidos los estudios clínicos. En consecuencia, estas definiciones forman la base de las decisiones terapéuticas racionales y, de hecho, de toda la comunicación clínica. En medicina general, la amplia disponibilidad de pruebas objetivas ha significado que, a menudo, se dé por sentada esta fiabilidad entre evaluadores. En cambio, la ausencia de pruebas objetivas en el caso de trastornos mentales ha hecho que la fiabilidad sea un desafío significativo, porque los diagnósticos se deben basar en informes verbales y en observaciones del comportamiento. El DSM-III fue la primera plataforma sistemática y relativamente completa para el diagnóstico psiquiátrico que enfocó de manera clara la fiabilidad entre evaluadores. En el enfoque de fiabilidad del DSM-III, adoptado también por el capítulo "Trastornos mentales y del comportamiento" de la CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1992), cada diagnóstico se basaba en un conjunto de criterios diagnósticos operativos que habían sido investigados en el campo. Esta característica contribuyó a la aceptación rápida y generalizada del DSM-III. Este y los volúmenes que le sucedieron –junto con la CIE-9 y la CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1977, 1992)– se convirtieron en estándares globales para el diagnóstico de trastornos mentales. Aunque persistían problemas significativos de fiabilidad, el enfoque del DSM-III contrastaba mucho con las breves descripciones clínicas provistas por ediciones previas del manual (véase American Psychiatric Association, 1952, 1968); estas descripciones iniciales suministraban escasa orientación acerca de cómo se debían aplicar los diagnósticos.

El fundamento intelectual próximo para el DSM-III fue el trabajo fundamental de Robins y Guze (1970), seguido de dos conjuntos de criterios diagnósticos para investigación, basados en el enfoque de Robins y Guze (Feighner y cols., 1972; Spitzer y cols., 1975). Utilizando como ejemplo la esquizofrenia, Robins y Guze (1970) argumentaron que se podía alcanzar un diagnóstico *válido* (presumiblemente, un diagnóstico que representara una "clase natural", separable de otras entidades diagnósticas) mediante: 1) identificación de síntomas y signos que se agrupan juntos, 2) estudios de laboratorio, 3) una separación clara de un trastorno y otro, 4) estudios de seguimiento a largo plazo para establecer la estabilidad del diagnóstico a lo largo del tiempo y 5) estudios familiares. Una presunción crucial que subyacía al trabajo de Robins y Guze era que la mejor manera de caracterizar los trastornos psiquiátricos era como categorías independientes, discontinuas entre sí y respecto de la salud. Estos autores no adoptaron un enfoque alternativo

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

–común en la medicina general– que representara por lo menos a algunos trastornos como desviaciones cuantitativas respecto de la salud. Como las descripciones cuantitativas (o dimensionales) del trastorno se continúan con un estado normal, debe haber umbrales –idealmente, establecidos utilizando datos de evolución– que exigen diferentes niveles de observación o tratamiento. La neumonía neumocócica o el carcinoma de pulmón de células pequeñas son ejemplos de trastornos que son representados de manera útil como categorías discontinuas. Los trastornos mejor representados como dimensiones cuantitativas son hipertensión (las dimensiones son presión sistólica y diastólica) o la anemia ferropénica.

En el momento de esta redacción, los diversos enfoques científicos que, eventualmente, explicarán los trastornos mentales siguen estando en estado inicial, incluso embrionario. No se han establecido los factores de riesgo etiológicos (genéticos o no genéticos) de ningún trastorno psiquiátrico común con un nivel adecuado de certeza o completitud para que resulten verdaderamente útiles. Pese a avances recientes e interesantes en el conocimiento de los sustratos neurales o genéticos de los trastornos de ansiedad (Delgado y cols., 2008), los trastornos adictivos (Hyman y cols., 2006), el autismo (C.A. Walsh y cols., 2008), los trastornos depresivos (Mayberg y cols., 2005) y la esquizofrenia (Cannon y cols., 2002; T. Walsh y cols., 2008), sería prematuro alegar que se conoce la fisiopatología de estos trastornos. Por cierto, como ya se advirtió, todavía no hay ninguna prueba médica objetiva, con escasas excepciones, para ningún trastorno del DSM-IV. Sí hay pruebas objetivas para algunos trastornos del sueño, pero éstas no están enumeradas entre los criterios del DSM-IV ni del DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000). Dados los obstáculos científicos que aún debemos enfrentar hoy en día, no es sorprendente que los autores del DSM-III, que trabajaron hace más de tres décadas, no estuvieran en posición de fijar límites "correctos" para los trastornos mentales. Durante las últimas tres décadas, hubo profundos cambios en las definiciones de numerosos trastornos médicos generales, que pudieron ser encarados por una ciencia más madura que la pertinente a trastornos mentales. Por ejemplo, en el cáncer, muchas enfermedades que alguna vez se consideraron singulares, como el linfoma no Hodgkin, han resultado ser múltiples enfermedades diferentes.

De todos modos, sostengo que nuestros problemas significativos con el DSM-IV no se pueden encarar logrando, meramente, mejores definiciones de los trastornos existentes o agregando subtipificaciones. Más bien, parece haber problemas estructurales significativos heredados del DSM-III, como el uso exclusivo de categorías y el grado sustancial de fraccionamiento –por ejemplo, dividir los trastornos de ansiedad basados en el miedo en agorafobia, trastorno de angustia, fobia específica, fobia social, trastorno por estrés postraumático, trastorno de estrés agudo y trastorno de ansiedad generalizada–, lo que merece ser reconsiderado si el DSM-5 va a preparar el camino para el tan necesario progreso científico.

En resumen, al carecer de pruebas médicas objetivas, la intensa necesidad de fiabilidad entre evaluadores llevó a elaborar criterios rígidos y altamente especificados basados en la fenomenología. La necesidad de diagnósticos compartidos impulsó la aceptación global de los sistemas del DSM y la CIE, y los convirtió en un claro beneficio para la investigación y la atención clínica. Para nuestra desgra-

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

cia, la necesidad de coincidencia diagnóstica generalizada chocó con una base científica muy inmadura, lo que determinó la materialización de lo que debería haber sido un sistema tentativo y experimental. Por ejemplo, si se deben aplicar los criterios del DSM-IV/ DSM-IV-TR para satisfacer a organismos que otorgan subsidios, revisores de revistas y organismos regulatorios, se torna muy difícil investigar hipótesis sobre otros enfoques diagnósticos o desarrollar nuevos tratamientos para cuadros que no son compatibles con las listas de criterios del manual (Hyman y Fenton, 2003). Las intensas fuerzas a favor de la concreción de las definiciones de trastornos del DSM también exigen un esfuerzo concertado para permitir la investigación de enfoques alternativos.

El Equipo de Trabajo y los Grupos de Trabajo del DSM-5 enfrentan los siguientes desafíos:

1. Lidiar con una base científica que aún no está a la altura de la tarea de fundamentar una clasificación válida.
2. Modificar la clasificación de manera que estimule, en lugar de inhibir, la ciencia que cuestiona los límites y la estructuración de los diagnósticos actuales del DSM.
3. Hacer del DSM-5 un documento vivo, de manera que se puedan incorporar en el manual descubrimientos bien reproducidos, sin aguardar muchos años para la aparición del DSM-6.
4. Hacer todo esto sin dañar los usos en la práctica clínica o administrativos de la clasificación del DSM.

La dificultad de esta prescripción se puede asemejar a realizar reparaciones sustanciales en un avión mientras éste todavía está en vuelo.

Cuestiones emergentes

Es fácil encontrar defectos en el DSM-IV y el DSM-IV-TR. Al mismo tiempo, para los trastornos mayores y bien estudiados, hay una cantidad de evidencia tranquilizadora de que sus clasificaciones recogen características psicopatológicas reales y reproducibles. La similitud transcultural de los síntomas y la evolución de muchos de los trastornos mayores, como autismo (Wakabayashi y cols., 2007), esquizofrenia, trastorno bipolar, trastorno obsesivo-compulsivo (Matsunaga y cols., 2008) y depresión mayor indican que las características básicas de estos trastornos no son creaciones arbitrarias de los grupos de trabajo del DSM-III. Además, en muchos de los trastornos principales, se demostraron altos niveles de agregación familiar (Kendler y cols., 1997). Por último, estudios de gemelos sugieren que el autismo, la esquizofrenia y el trastorno bipolar están entre los que tienen herencias más altas de trastornos genéticamente complejos, comunes (véase revisión en Merikangas y Risch, 2003; veáse también Hyman, 2008). Si los trastornos mayores fueran solamente quimeras, no cabría esperar estos hallazgos familiares y genéticos consistentes (con la advertencia de que las simples determinaciones de concordancia gemelar no distinguen entre la herencia de genes de riesgo a lo largo de generaciones frente a nuevas mutaciones).

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

En un capítulo breve como éste, no es posible hacer una revisión completa de los datos que plantean preocupaciones acerca de la clasificación del DSM-IV. Sin embargo, se podrían plantear preocupaciones no sólo sobre la formulación de diagnósticos individuales, sino también sobre elementos estructurales básicos, sobre todo, el carácter categorial de todos los diagnósticos (Cole y cols., 2008; Fanous y cols., 2001; Kendler y Gardner, 1998). En el ámbito clínico, la evidencia de problemas de la clasificación se refleja en la necesidad de basarse en diagnósticos residuales, "no especificados" (NOS, *not otherwise specified*); la necesidad de utilizar categorías que se resisten empecinadamente incluso a una validación rudimentaria; y el alto grado de comorbilidad que se atribuye a muchos pacientes. La necesidad de emplear diagnósticos NOS varía según los grupos de trastornos y las comunidades clínicas, pero parece representar una gran fracción de los diagnósticos efectuados en ciertos dominios, como trastornos mentales del desarrollo y otros de la infancia, trastornos de la conducta alimentaria y trastornos de la personalidad (de Bruin y cols., 2007; Fairburn y Bohn, 2005). En resumen, una fracción significativa de pacientes no cumple los criterios altamente especificados de los trastornos mencionados. En este caso, la rigidez de los criterios diagnósticos operativos, basados en la fenomenología, mantiene la fiabilidad entre evaluadores a expensas de la posibilidad de capturar la verdadera heterogeneidad de las poblaciones clínicas.

Un problema de definición relacionado es la imposibilidad de establecer, incluso, una validez improvisada para diagnósticos categoriales empleados en el contexto clínico, como trastorno esquizoafectivo o trastorno esquizofreniforme (Fanous y cols., 2001; Laursen y cols., 2005; Lichtenstein y cols., 2009; Mahli y cols., 2008).

Por último, la frecuencia de comorbilidad entre los diagnósticos del DSM-IV es tan alta que sugiere problemas de base en la clasificación actual. Por cierto, un individuo puede tener más de una enfermedad o puede presentar un cuadro que es un factor de riesgo de otra enfermedad; por ejemplo, la presencia de manía puede aumentar el riesgo de trastornos por consumo de sustancias (Regier y cols., 1990). Sin embargo, las altas tasas de comorbilidad –por ejemplo, entre trastornos de la infancia (Galanter y Leibenluft, 2008; Goldstein y Schwebach, 2004) o entre trastornos del estado de ánimo, de ansiedad y de personalidad (Kessler y cols., 2005a, 2005b; McGlashan y cols., 2000)– plantean el interrogante de si se han estipulado demasiados trastornos y si el enfoque categorial es siempre el correcto (Krueger y Markon, 2006). La pregunta pendiente de respuesta es si se han dividido las diferentes manifestaciones de un proceso patológico básico en múltiples diagnósticos, lo que crea artefactos de comorbilidad en ciertas circunstancias.

En un nivel superficial, la necesidad de diagnósticos NOS y el fracaso para validar algunos otros diagnósticos, como trastorno esquizoafectivo, podrían indicar simplemente una necesidad de investigación adicional específica de trastornos. Sin embargo, el fracaso de larga data de este tipos de investigaciones para definir límites útiles entre el trastorno generalizado del desarrollo (Happe y cols., 2006) o, pese a la bibliografía sustancial, para coincidir en cómo clasificar a pacientes con síntomas prominentes de psicosis y alteraciones del estado de ánimo señala problemas más profundos que son esclarecidos cuando se tienen en cuenta estudios

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

familiares y genéticos (Craddock y cols., 2005, 2006; Fanous y cols., 2001; Laursen y cols., 2005; Lichtenstein y cols., 2009; Mahli y cols., 2008). Quizá no pueda tener éxito un esfuerzo para definir un trastorno categorial válido y clínicamente útil que corresponda al trastorno esquizoafectivo del DSM-IV. Tal vez, sólo si comenzamos a pensar de manera dimensional utilizando como guía la observación clínica, las neurociencias clínicas y la genética, empezaremos a poder clasificar de manera efectiva a estos pacientes (Hyman, 2007). Los hallazgos anómalos que han surgido dentro del "paradigma" del DSM no serán corregidos con pequeños ajustes de conjuntos de criterios ni sumando o restando unos pocos presuntos diagnósticos en los márgenes. Es momento de pensar profundamente en la estructura del manual, de manera que esta estructura no impida avanzar hacia una clasificación que refleje mejor, aunque de manera imperfecta, la naturaleza.

Problemas planteados por los estudios familiares y genéticos

Lejos de aportar la validación prevista de la esquizofrenia (u otros trastornos) como categorías independientes (Robins y Guze, 1970), los hallazgos de los estudios familiares y genéticos plantearon serios problemas para un sistema que construye categorías altamente especificadas a partir de componentes básicos fenomenológicos. En algunos estudios familiares (aunque no en todos) sobre esquizofrenia y trastorno bipolar, los síntomas predominantes no se han cosegregado (Craddock y cols., 2005, 2006). Una sola familia puede tener miembros con diversos diagnósticos psiquiátricos, como esquizofrenia, trastorno bipolar y cuadros intermedios (Berrettini, 2000; Cardno y cols., 2002; Lichtenstein y cols., 2009). Además, las variantes genéticas compartidas pueden contribuir al riesgo de esquizofrenia, trastorno bipolar y otros cuadros (Craddock y cols., 2005; O´Donovan y cols., 2008).

Una transposición en el DNA, asociada inicialmente con la esquizofrenia, ilustra la complejidad de la genética psiquiátrica. Se detectó que una familia escocesa numerosa albergaba una transposición balanceada de un segmento cromosómico que contenía dos genes en el cromosoma 1. Sobre la base del fenotipo del caso índice, estos genes se denominaron Alterados en Esquizofrenia 1 y 2 (Disrupted in Schizophrenia, *DISC1* y *DISC2*; Millar y cols., 2000; St. Clair y cols., 1990). *DISC1* surgió como un candidato posicional bien estudiado, interesante desde el punto de vista biológico, para el riesgo de trastornos neuropsiquiátricos (Mao y cols., 2009). Sin embargo, aun dentro de la familia índice escocesa, se observó la translocación original en individuos con diferentes diagnósticos del DSM-III de esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo y depresión mayor recurrente (St. Clair y cols., 1990). Además de la mutación observada en la familia índice, se ha observado que *DISC1* alberga múltiples polimorfismos de un solo nucleótido en diferentes familias. Se han asociado variantes de *DISC1* con esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno bipolar, depresión mayor y fenotipos, tanto amplios como estrechos, de autismo (Hennab y cols., 2009).

Estos hallazgos no implican que los casos de esquizofrenia o trastorno bipolar del DSM-IV nunca sean puros o que la distinción de Kraepelin (1919/1971) entre

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

demencia precoz (esquizofrenia) y enfermedad maníaco-depresiva (trastorno bipolar) esté totalmente exenta de mérito (Fisher y Carpenter, 2009). En su lugar, los hallazgos pueden significar que la esquizofrenia y el trastorno bipolar, como los conocemos clínicamente, se podrían conceptualizar mejor como interacciones entre dimensiones continuas –que podrían incluir psicosis, síntomas cognitivos, alteración del estado de ánimo y, quizá, síntomas negativos o deficitarios– más que categorías bien delimitadas.

La notoria complejidad genética de enfermedades humanas comunes subyace a los patrones definidamente no mendelianos de segregación familiar y a la heterogeneidad de, incluso, aquellos trastornos psiquiátricos más influenciados por los genes, como el autismo, la esquizofrenia y el trastorno bipolar. Robins y Guze (1970) desarrollaron su concepto de diagnósticos categoriales relativamente simples en una época en la que apenas se imaginaba este nivel vertiginoso de complejidad.

En un extremo, la complejidad genética puede significar que los componentes genéticos de riesgo de un trastorno se deben a interacciones de variantes genéticas en múltiples loci (que después interactúan con factores no genéticos). Una versión de este modelo poligénico, que postula que los riesgos de enfermedades humanas comunes surgen de combinaciones poco felices de variantes genéticas comunes, se denomina hipótesis de la "variante común-enfermedad común". Por lo general, las variantes que contribuyen a enfermedades comunes son polimorfismos de un solo nucleótido; es decir, cambios de una sola base en la secuencia de DNA que no son individualmente nocivos, pero que generan riesgo a través de la interacción con otras variantes. Las variantes individuales comunes pueden no causar un fenotipo en forma independiente (es decir, tienen penetrancia limitada).

En el otro extremo, hay enfermedades como la retinitis pigmentaria, en la que cada miembro de la familia extendida con el trastorno presenta una mutación rara (de un gran número de este tipo de mutaciones) que se transmite de manera mendeliana dentro de la familia (Pacione y cols., 2003). Las mutaciones deletéreas raras provocan daño al causar una pérdida de función o una ganancia de función patológica en un RNA o en una proteína biológicamente significativa. Estas mutaciones son raras porque tienden a causar desventajas de reproducción. Es probable que estas mutaciones deletéreas, en especial cuando se deben a deleción, duplicación o transposición que afecta a un segmento grande del DNA, tengan alta penetrancia.

Se está acumulando una cantidad de información significativa que sugiere que, al igual que otras enfermedades comunes como la diabetes mellitus tipo 2 (Zeggini y cols., 2008), los trastornos psiquiátricos se deben a diversas combinaciones de factores de riesgo genéticos (Craddock y cols., 2006; Freitag, 2007; Happe y cols., 2006) que actúan junto con factores no genéticos, que pueden incluir el ambiente, el comportamiento y el azar (Hunter y cols., 2008). Ninguna variante o locus génico particular puede ser necesario o suficiente para provocar las formas comunes de estos trastornos. En los últimos años ha surgido evidencia, sobre todo para el autismo y la esquizofrenia, de que las contribuciones genéticas al riesgo pueden depender tanto de variantes comunes (Ferreira y cols., 2008; O´Donovan y cols., 2008) como de mutaciones raras (Consorcio Internacional de Esquizofrenia,

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

2008; Morrow y cols., 2008; T. Walsh y cols., 2008; Weiss y cols., 2008; Xu y cols., 2008).

A medida que crece nuestro reconocimiento de la complejidad genética, con datos que sugieren que combinaciones heterogéneas de gran cantidad de variantes y mutaciones pueden participar en por lo menos algunos trastornos psiquiátricos (Hyman, 2008), la esperanza de que las pruebas genéticas puedan desempeñar un papel importante en el diagnóstico ha comenzado a apagarse. Las formas más raras de enfermedad secundarias a mutaciones muy penetrantes podrían ser una excepción. Es más probable que la importancia del descubrimiento genético para formas comunes de enfermedad, incluidos trastornos psiquiátricos, resida en señalar mecanismos fisiopatológicos. Variantes genéticas comunes, descubiertas por metodologías como la asociación en todo el genoma, pueden contribuir en forma individual a incrementos relativamente pequeños del riesgo; no obstante, los enfoques de "biología de sistemas" pueden vincular hallazgos genéticos en apariencia no relacionados con mecanismos biológicos compartidos. Sin duda, la probabilidad de que los genes de riesgo permitan esclarecer la biología sigue siendo la principal motivación de los estudios genéticos. Sin embargo, en el caso de la psiquiatría, un resultado significativo de estos estudios ha sido debilitar la esperanza de un "ideal platónico" para los trastornos psiquiátricos, representado por los enfoques de Robins y Guze (1970) y el DSM-III (Kendler, 2006). Expresado en términos simples, la aplicación de los cinco elementos de validación clásicos de Robins y Guze no convergerá en categorías unitarias, independientes.

¿Qué se debe hacer?

La última década ha atestiguado grandes progresos de la ciencia cognitiva, la neurociencia y la genética, pero sólo pequeños avances en la investigación que podrían influir positivamente en los criterios fenomenológicos existentes del DSM-IV y el DSM-IV-TR. Una excepción importante al progreso, en general modesto, en este dominio, es el consenso emergente de que la esquizofrenia se caracteriza por déficits cognitivos que provocan deterioros mapeados a la corteza prefrontal (Tan y cols., 2006) y que merecen ser un foco de desarrollo terapéutico (Freedman y cols., 2008). La falta de inclusión de este importante complejo sintomático en el DSM-III y el DSM-IV fue un error que enlenteció el desarrollo terapéutico (Hyman y Fenton, 2003). Pese a este ejemplo, el proceso de revisión del DSM debe ser en extremo conservador con respecto a los trastornos categoriales existentes, porque aun pequeños cambios en la redacción podrían provocar modificaciones importantes en la epidemiología, los criterios de inclusión en estudios clínicos y la investigación de laboratorio; estas modificaciones incidirían negativamente en los ajustes sin justificación muy firme. Un objetivo más importante del DSM-5 es efectuar modificaciones estructurales que faciliten descubrimientos que aceleren el desarrollo de diagnósticos válidos y útiles, nuevos enfoques terapéuticos y una base más sólida para la investigación clínica y traslacional.

Como mencioné en un trabajo anterior (Hyman, 2007), una posible vía de avance sería conservar los diagnósticos categoriales por ahora, pero reagruparlos para facilitar experimentos diagnósticos, incluido el uso de dimensiones que

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

podrían, en muchos casos, abarcar múltiples trastornos actuales, o reconceptualizar los trastornos que se postula que están etiológica o fisiopatológicamente relacionados en espectros que podrían ser reanalizados en forma dimensional o categórica sobre la base de datos científicos emergentes. El Grupo de Estudio de Espectros del Equipo de Trabajo del DSM-5 ha elaborado un conjunto de 11 "elementos de validación externos" para la reagrupación de los trastornos del DSM-5 (Cuadro 1-1). Estos elementos de validación están concebidos para ser usados de manera muy distinta de la de los cinco sugeridos por Robins y Guze (1970), aunque hay superposición. Los elementos de validación propuestos no están pensados para converger en diagnósticos categoriales, sino más bien para ser utilizados como lista de verificación para decidir cómo agrupar trastornos ahora separados. El grupo de estudio no pudo hallar suficiente justificación firme para asignar pesos específicos a estos elementos de validación y reconoce que algunos son, por ahora, "cajas vacías" para muchos trastornos. Sin embargo, mi opinión es que algunos de los elementos de validación son justificaciones potencialmente muy firmes para la agrupación: por ejemplo, fisiopatología postulada (o circuitos nerviosos compartidos), factores ambientales causales o factores de riesgo genético compartidos. Otros elementos de validación, como una respuesta al tratamiento compartida, son mejor que nada, pero tienen justificaciones débiles para la agrupación. Asimismo, el grupo de estudio sugirió examinar varios grupos posibles para reagrupar en espectros en el DSM-5 (Cuadro 1-2). Los resultados de estos análisis aún no están completos.

La construcción de una agrupación más grande, o espectro, y su posible utilidad se puede ilustrar con la esquizofrenia, los trastornos relacionados y los complejos sintomáticos subumbrales en los familiares de individuos afectados. Como debe quedar claro a partir de esta discusión sobre la base de la genética emergente de la esquizofrenia, la categoría denominada esquizofrenia en el DSM-IV sería, en el mejor de los casos, heurística, aunque se incluyera el reconocimiento apropiado de los síntomas cognitivos. Aun las presentaciones relativamente clásicas de esquizofrenia difieren entre familias en aspectos importantes, como sería previsible a partir de la información genética conocida hasta la fecha. Esta complejidad sólo aumentará a medida que progrese el conocimiento de la genética y que se integren mejor los factores ambientales en modelos etiológicos. La esquizofrenia –al igual que muchos trastornos médicos generales, como la diabetes de tipo 2, la enfermedad inflamatoria intestinal o la hipertensión– parece no representar un trastorno unitario, sino una familia de complejos sintomáticos estrechamente relacionados con un mecanismo fisiopatológico compartido. Sobre la base de estudios familiares y genéticos, la esquizofrenia está relacionada con una variedad de otros trastornos, algunos de los cuales se clasifican confusamente por separado de la esquizofrenia en el DSM-IV y el DSM-IV-TR.

Ya desde los estudios de adopción de Kety y cols. (1971), se reconoció que los individuos con esquizofrenia tenían familiares biológicos que no presentaban psicosis, pero sí mostraban síntomas similares a la esquizofrenia, como aislamiento social, suspicacia, creencias excéntricas y pensamiento mágico. Cuando estos síntomas son crónicos y causan deterioro, se justifica un diagnóstico de trastorno de la personalidad esquizotípica. Si bien se ha confirmado una relación genética con

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

CUADRO 1-1 Elementos de validación externos para agrupar los trastornos en presuntos espectros, propuestos por el Grupo de Estudio de Espectros del Equipo de Trabajo del DSM-5

Sustratos neurales compartidos (p. ej., circuitos de temor o de recompensa)
Biomarcadores compartidos
Antecedentes temperamentales compartidos
Proceso cognitivo y emocional compartido en anormalidades
Factores de riesgo genético compartidos
Familiaridad (p. ej., trastornos relacionados con interacciones familiares)
Factores de riesgo ambientales causales
Similitud de síntomas (no como único criterio)
Altas tasas de comorbilidad entre trastornos según las definiciones actuales
Evolución de la enfermedad
Respuesta al tratamiento

la esquizofrenia (Fanous y cols., 2001), esta constelación de síntomas se clasifica como un trastorno de la personalidad en el DSM-IV. Esta ubicación incorrecta se presta a que se busquen conexiones superficiales o espurias con otros trastornos de la personalidad, en lugar de con el espectro de esquizofrenia, que podría estar caracterizado, entre otras cosas, por el adelgazamiento de la sustancias gris y déficits cognitivos que se han demostrado en familiares de individuos con esquizofrenia (Brans y cols., 2008; Cannon y cols., 2002). En términos generales, cuantas más secuencias de DNA comparte una persona con otra que presenta esquizofrenia, mayor es la probabilidad de déficits estructurales de la corteza prefrontal y deterioro cognitivo. Dado el modo de herencia poligénico de la esquizofrenia, parece probable que estas diferencias cuantitativas de la estructura y función cerebrales reflejen diferencias cuantitativas del riesgo genético. Estos análisis invitan a un enfoque dimensional del diagnóstico de la esquizofrenia y los trastornos relacionados (Fanous y cols., 2001; Tsuang y cols., 2003) más que a un enfoque categorial. Si además de las dimensiones que miden psicosis se agregaran síntomas cognitivos (o déficits de sustancia gris) y, quizá, síntomas deficitarios –una dimensión del estado de ánimo–, podría ser posible resolver el problema de cómo definir el trastorno esquizoafectivo.

En un ensayo breve como éste no es posible extender este análisis ni ofrecer otros ejemplos (véase, p. ej., Cuadro 1-2). De todos modos, es importante incluir algunas advertencias. La elaboración de dimensiones será un proyecto complejo que implicará elaborar e investigar escalas cuantitativas, fijar umbrales e, idealmente, poder aplicar algunas dimensiones a lo largo de grupos. Por ejemplo, la misma dimensión de estado de ánimo tendría que ser aplicable al espectro de esquizofrenia y a un espectro bipolar; de lo contrario, no se resolverá el problema de la psicosis con síntomas prominentes del estado de ánimo. La utilidad clínica será un aspecto fundamental que, sin duda, plantea desafíos difíciles. En última instancia, una clasificación de enfermedades no puede sacrificar la validez

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

CUADRO 1-2 Posibles espectros candidatos propuestos por el Grupo de Estudio de Espectros del Equipo de Trabajo del DSM-5

Espectro	Composición
Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC)	TOC más tics y trastorno de Tourette (presuntos trastornos de los circuitos estriado-talámico-corticales)
Trastornos del estado de ánimo	Trastornos del estado de ánimo, incluidas diversas presentaciones de depresión y (quizá) trastorno de ansiedad generalizada
Trastornos de ansiedad basados en el miedo	Trastornos caracterizados por mayor reactividad y adaptación enlentecida del circuito de la amígdala
Esquizofrenia	Esquizofrencia más anormalidades cognitivas y estructurales prefrontales en familiares por lo demás no afectados; trastorno de la personalidad esquizotípica; psicosis no afectivas en familias con esquizofrenia o en aquellos con pérdida característica de sustancia gris, trastorno esquizotípico
Autismo	Autismo, incluido trastorno generalizado del desarrollo
Trastornos adictivos	Adicción y otros trastornos del circuito de gratificación y el control inhibitorio prefrontal, como ludopatía

científica, pero si no es útil para los clínicos, no cumplirá su principal propósito en la sociedad.

En resumen, el Equipo de Trabajo del DSM-5 podría centrar muy bien su atención en agrupaciones grandes de trastornos y realizar algunos experimentos diagnósticos de la clase que he esbozado aquí. Si el DSM-5 se convierte en un documento vivo, como debería ser, quizá con una estructura de consejo editorial que supervise su evolución, se podrían agregar, modificar o declarar fallidos estos hallazgos diagnósticos a lo largo del tiempo. Mientras estos experimentos estén en curso durante toda la investigación, las categorías correspondientes se podrían conservar, de manera que el mundo de la medicina clínica continúe en funcionamiento. Nada de esto será fácil, pero seguir prisioneros de un sistema categorial de base fenomenológica altamente especificado parece cada vez más insostenible desde el punto de vista científico. La genética y la neurociencia no han sido amables con estas categorías ni estas categorías concretas han sido amables con la ciencia. El DSM-III fue un adelanto brillante; ahora, es tiempo de avanzar.

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

Bibliografía

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual: Mental Disorders. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1952

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 2ª ed. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1968

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3ª ed. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1980

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4ª ed. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4ª ed., texto revisado. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000

Berrettini WH: Are schizophrenic and bipolar disorders related? A review of family and molecular studies. Biol Psychiatry 48:531–538, 2000

Brans RGH, van Haren NEM, van Baal GCM, et al: Heritability of changes in brain volume over time in twin pairs discordant for schizophrenia. Arch Gen Psychiatry 65:1259–1268, 2008

Cannon TD, Thompson PM, van Erp, et al: Cortex mapping reveals regionally specific patterns of genetic and disease-specific gray-matter deficits in twins discordant for schizophrenia. Proc Natl Acad Sci USA 99:3228–3233, 2002

Cardno AG, Rijsdijk FV, Sham PC, et al: A twin study of genetic relationships between psychotic symptoms. Am J Psychiatry 159:539–545, 2002

Cole J, McGuffin P, Farmer AE: The classification of depression: are we still confused? Br J Psychiatry 192:83–85, 2008

Craddock N, O'Donovan MC, Owen MJ: The genetics of schizophrenia and bipolar disorder: dissecting psychosis. J Med Genet 42:193–204, 2005

Craddock N, O'Donovan MC, Owen MJ: Genes for schizophrenia and bipolar disorder? Implications for psychiatric nosology. Schizophr Bull 32:9–16, 2006

de Bruin EI, Ferdinand RF, Meester S, et al: High rates of psychiatric co-morbidity in PDD-NOS. J Autism Dev Disord 37:877–886, 2007

Delgado MR, Nearing KI, LeDoux JE, et al: Neural circuitry underlying the regulation of conditioned fear and its relation to extinction. Neuron 59:829–838, 2008

Fairburn CG, Bohn K: Eating disorder NOS (EDNOS): an example of the troublesome "not otherwise specified" (NOS) category in DSM-IV. Behav Res Ther 43:691–701, 2005

Fanous A, Gardner C, Walsh D, et al: Relationship between positive and negative symptoms of schizophrenia and schizotypal symptoms in nonpsychotic relatives. Arch Gen Psychiatry 58:669–673, 2001

Feighner JP, Robins E, Guze SB, et al: Diagnostic criteria for use in psychiatric research. Arch Gen Psychiatry 26:57–63, 1972

Ferreira MAR, O'Donovan MC, Ment YA, et al: Collaborative genome-wide association analysis supports a role for ANK3 and CACNA1C in bipolar disorder. Nat Genet 40:1056–1058, 2008

Fischer BA, Carpenter WT Jr: Will the Kraepelinian dichotomy survive DSMV? Neuropsychopharmacology 34:2081–2087, 2009

Freedman R, Olincy A, Buchanan RW, et al: Initial phase 2 trial of a nicotinic agonist in schizophrenia. Am J Psychiatry 165:1040–1047, 2008

Freitag CM: The genetics of autistic disorders and its clinical relevance: a review of the literature. Mol Psychiatry 12:2–22, 2007

Galanter CA, Leibenluft E: Frontiers between attention deficit hyperactivity disorder and bipolar disorder. Child Adolesc Psychiatr Clin North Am 17:325–346, viii–ix, 2008

Goldstein S, Schwebach AJ: The comorbidity of pervasive developmental disorder and

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

attention deficit hyperactivity disorder: results of a retrospective chart review. J Autism Dev Disord 34:329–339, 2004

Happe F, Ronald A, Plomin R: Time to give up on a single explanation for autism. Nat Neurosci 10:1218–1220, 2006

Hennah W, Thompson P, McQuillin A, et al: DISC1 association, heterogeneity and interplay in schizophrenia and bipolar disorder. Mol Psychiatry 14:865–873, 2009

Hunter DJ, Altshuler D, Rader DJ: From Darwin's finches to canaries in the coal mine: mining the genome for new biology. N Engl J Med 358:2760–2763, 2008

Hyman SE: Can neuroscience be integrated into the DSM-V? Nat Rev Neurosci 8:725–732, 2007

Hyman SE: A glimmer of light for neuropsychiatric disorders. Nature 458:890–893, 2008

Hyman SE, Fenton WS: What are the right targets for psychopharmacology? Science 299:350–351, 2003

Hyman SE, Malenka RC, Nestler EJ: Neural mechanisms of addiction: the role of reward-related learning and memory. Annu Rev Neurosci 29:565–598, 2006

International Schizophrenia Consortium: Rare chromosomal deletions and duplications increase risk of schizophrenia. Nature 455:237–241, 2008

Kendler KS: Reflections on the relationship between psychiatric genetics and psychiatric nosology. Am J Psychiatry 163:1138–1146, 2006

Kendler KS, Gardner CO Jr: Boundaries of major depression: an evaluation of DSM-IV criteria. Am J Psychiatry 155:172–177, 1998

Kendler KS, Davis CG, Kessler RC: The familial aggregation of common psychiatric and substance use disorders in the National Comorbidity Survey: a family history study. Br J Psychiatry 170:541–548, 1997

Kessler RC, Berglund P, Demler O, et al: Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry 62:593–602, 2005a

Kessler RC, Chiu WT, Demler O, et al: Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry 62:617–627, 2005b

Kety SS, Rosenthal D, Wender PH, et al: Mental illness in the biological and adoptive families of adopted schizophrenics. Am J Psychiatry 128:302–306, 1971

Kraepelin E: Dementia Praecox and Paraphrenia (1919). New York, RE Krieger, 1971

Krueger RF, Markon KE: Reinterpreting comorbidity: a model-based approach to understanding and classifying psychopathology. Annu Rev Clin Psychol 2:111–113, 2006

Laursen TM, Labouriau R, Licht RW, et al: Family history of psychiatric illness as a risk factor for schizoaffective disorder: a Danish register-based cohort study. Arch Gen Psychiatry 62:841–848, 2005

Lichtenstein P, Yip BH, Bjork C, et al: Common genetic determinants of schizophrenia and bipolar disorder in Swedish nuclear families: a population-based study. Lancet 373:234–239, 2009

Malhi GS, Green M, Fagiolini A, et al: Schizoaffective disorder: diagnostic issues and future recommendations. Bipolar Disord 10:215–230, 2008

Mao Y, Ge X, Frank CL, et al: Disrupted in schizophrenia 1 regulates neuronal progenitor proliferation via modulation of GSK3beta/beta-catenin signaling. Cell 136:1017–1031, 2009

Matsunaga H, Maebayashi K, Hayashida K, et al: Symptoms structure in Japanese patients with obsessive-compulsive disorder. Am J Psychiatry 165:251–253, 2008

Mayberg HS, Lozano AM, Voon V, et al: Deep brain stimulation for treatment-resistant depression. Neuron 45:651–660, 2005

McGlashan TH, Grilo CM, Skodol AE, et al: The Collaborative Longitudinal Personality

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

Disorders Study: baseline Axis I/II and II/II diagnostic co-occurrence. Acta Psychiatr Scand 102:256–264, 2000

Merikangas KR, Risch N: Genomic priorities and public health. Science 302:599–601, 2003

Millar JK, Wilson-Annan JC, Anderson S, et al: Disruption of two novel genes by a translocation co-segregating with schizophrenia. Hum Mol Genet 9:1415–1423, 2000

Morrow EM, Yoo S-Y, Flavell SW, et al: Identifying autism loci and genes by tracing recent shared ancestry. Science 321:218–223, 2008

O'Donovan MC, Craddock N, Norton N, et al: Identification of loci associated with schizophrenia by genome-wide association and follow-up. Nat Genet 40:1053–1055, 2008

Pacione LR, Szego MJ, Ikeda S, et al: Progress toward understanding the genetic and biochemical mechanisms of inherited photoreceptor degenerations. Annu Rev Neurosci 26:657–700, 2003

Regier DA, Farmer ME, Rae DS, et al: Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study, JAMA 264:2511–2518, 1990

Robins E, Guze SB: Establishment of diagnostic validity in psychiatric illness: its application to schizophrenia. Am J Psychiatry 126:983–987, 1970

Spitzer RL, Endicott J, Robins E: Research diagnostic criteria. Psychopharmacol Bull 11:22–25, 1975

St. Clair D, Blackwood D, Muir W, et al: Association within a family of a balanced autosomal translocation with major mental illness. Lancet 336:13–16, 1990

Tan HY, Sust S, Buckholtz JW, et al: Dysfunctional prefrontal regional specialization and compensation in schizophrenia. Am J Psychiatry 163:1969–1977, 2006

Tsuang MT, Stone WS, Tarbox SI, et al: Insights from neuroscience for the concept of schizotaxia and the diagnosis of schizophrenia, in Advancing DSM: Dilemmas in Psychiatric Diagnosis. Editado por Phillips KA, First MB, Pincus HA. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2003, pp 105–128

Wakabayashi A, Baron-Cohen S, Uchiyama T, et al: Empathizing and systemizing in adults with and without autism spectrum conditions: crosscultural stability. J Autism Dev Disord 37:1823–1832, 2007

Walsh CA, Morrow EM, Rubenstein JLR: Autism and brain development. Cell 135:396–400, 2008

Walsh T, McClellan JM, McCarthy SE, et al: Rare structural variants disrupt multiple genes in neurodevelopmental pathways in schizophrenia. Science 320:539–543, 2008

Weiss LA, Shen Y, Korn JM, et al: Association between microdeletion and microduplication at 16p11.2 and autism. N Engl J Med 358:667–675, 2008

World Health Organization: International Classification of Diseases, 9ª revisión. Geneva, World Health Organization, 1977

World Health Organization: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10ª revisión. Geneva, World Health Organization, 1992

Xu B, Roos JL, Levy S, et al: Strong association of de novo copy number mutations with sporadic schizophrenia. Nat Genet 40:880–885, 2008

Zeggini E, Scott LJ, Saxens T, et al: Meta-analysis of genome-wide association data and large-scale replication identifies additional susceptibility loci for type 2 diabetes. Nat Genet 40:638–645, 2008

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

CAPÍTULO 2

INTEGRACIÓN DE ESPECTROS DIMENSIONALES DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN DIAGNÓSTICOS CATEGORIALES PARA LA PRÁCTICA MÉDICA GENERAL

David Goldberg, D.M., F.R.C.P.
Leonard J. Simms, Ph.D.
Richard Gater, M.D.
Robert F. Krueger, Ph.D.

Sabemos desde hace algún tiempo que, en los países desarrollados, la gran mayoría de los trastornos mentales son tratados por médicos generales y médicos de hospitales, y no por servicios especializados en salud mental (Goldberg y Huxley, 1980, 1982; Regier y cols., 1978, 1993). En el mundo en desarrollo, este desequilibrio es aún mayor, porque hay muchos menos profesionales de salud mental que en el mundo desarrollado (Organización Mundial de la Salud, 2005). Sin embargo, pese al papel dominante de los servicios de medicina general en el tratamiento de los trastornos mentales en todo el mundo, estos servicios utilizan sólo de manera infrecuente los sistemas clasificatorios complejos ofrecidos tanto por el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) como por la CIE-19 (Organización Mundial de la Salud, 1992); los médicos de los hospitales y otros centros de salud parecen preferir sistemas mucho menos complejos. La razón de ello es que los pacientes suelen referir combinaciones desordenadas de síntomas ansiosos, depresivos y somáticos que no siempre son fáciles de asimilar a las conceptualizaciones complejas de las clasificaciones oficiales de los trastornos mentales.

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

Problemas de los diagnósticos categoriales

Un problema importante de los diagnósticos categoriales es la alta tasa de comorbilidad observada entre diversos trastornos mentales comunes, como el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) y el trastorno depresivo mayor (TDM). Al parecer, los internistas y los médicos generales son reticentes a efectuar múltiples diagnósticos cuando un paciente con un trastorno físico dado presenta distrés psicológico. En términos de las clasificaciones aceptadas, la comorbilidad entre estos dos diagnósticos en contextos comunitarios y de atención primaria es sustancial. Merikangas y cols. (2003) comunicaron que entre los integrantes de una comunidad suiza que respondieron en el estudio de cohorte de Zurich las tasas de ansiedad y depresión concomitante superaban ampliamente las tasas de uno u otro diagnóstico solo y representaban alrededor de dos tercios de los diagnósticos de este tipo cada vez que se examinaba a la cohorte. En contextos médicos generales, la comorbilidad entre síntomas ansiosos y depresivos es la regla, no la excepción. Si bien los síntomas ansiosos y depresivos pueden aparecer por sí solos, las combinaciones de ambos, a menudo en niveles subumbrales, son mucho más comunes.

En la National Comorbidity Survey (Encuesta Nacional de Comorbilidad), si se redujeran los requerimientos de duración del TAG de 6 meses a 1, la prevalencia de TDM y TAG concomitante aumentaría en el 42,8% (R.C. Kessler, comunicación personal, 2008). En el estudio de la Organización Mundial de la Salud de enfermedad mental en la atención médica general, llevado a cabo en 11 países (Üstün y Sartorious, 1995), los efectos de modificar la duración requerida del TAG de 6 meses a 1 fueron sustanciales, y casi se duplicó la tasa de TAG y TDM concomitante (Cuadro 2-1). La tasa de "TDM solo" descendió porque casos diagnosticados de esta manera con anterioridad fueron trasladados a la columna de "comorbilidad". Con la duración más breve, la ansiedad se convirtió en el trastorno más común, seguido de ansiedad y TDM concomitantes, y la prevalencia global de estos trastornos aumentó 4,3%. Hunt y cols. (2002) hallaron una tasa aún más alta de comorbilidad (44,9%) entre TAG y "otros trastornos afectivos" en la Australian National Survey (Encuesta Nacional Australiana). Muchos autores detectaron correlaciones tetracóricas sustanciales entre los diagnósticos de TDM y TAG (Kendler y cols., 2003; Krueger, 1999; Slade y Watson, 2006; Vollebergh y cols., 2001).

Otros problemas de los diagnósticos categoriales es que los clínicos suelen utilizar diagnósticos "no clasificado en otra parte" o "no especificado" –en lugar de las definiciones ofrecidas– quizá porque no pueden recordar la lista completa de síntomas requeridos durante una entrevista clínica, porque los síntomas idiosincrásicos del paciente no se adaptan a las reglas exactas especificadas por la nosología o porque el médico omitió formular todas las preguntas requeridas. En cualquier caso, el sistema no resulta útil para los clínicos. Esta es una consecuencia de la "lista" de síntomas ofrecida por el sistema del DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994), que sería eliminada si los pacientes completaran una escala dimensional simple que no sólo evaluara todos los síntomas, sino que estimara también la gravedad del trastorno.

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

CUADRO 2-1. Tasas de trastornos de ansiedad y depresivos de 14 centros de atención médica general en 11 países

Duración requerida del TAG	Tasa del trastorno (%)			
	TAG solo	TDM solo	TAG-TDM concomitantes	Total
6 meses	5,3	4,7	3,4	13,4
1 mes	9,7	2,3	5,7	17,7

Nota. TAG = trastorno de ansiedad generalizada; TDM = trastorno depresivo mayor.
Fuente. Üstün y Sartorius, 1995.

Un tercer problema de los diagnósticos categoriales es que pueden llevar al clínico a ignorar conjuntos de síntomas. En el TDM, el clínico es inducido a prestar atención a síntomas de ansiedad generalizada sólo si éstos tienen seis meses de evolución. En la práctica, un clínico atareado de un contexto médico general que está estableciendo un diagnóstico de TDM quizá ni interrogue acerca de síntomas de ansiedad. Esto puede determinar que se ignoren las ansiedades del paciente sobre su cuadro médico actual. En el TAG, sólo se registran síntomas depresivos si éstos superan el número requerido para un diagnóstico de TDM, y en los trastornos somatomorfos, los síntomas de ansiedad y depresión pueden pasar inadvertidos porque no forman parte de los requerimientos diagnósticos.

¿Se debe medir la duración de los síntomas?

El primer problema para diseñar escalas dimensionales es decidir la duración más apropiada de los síntomas que debe adoptarse. Si el propósito de la escala es sólo reproducir la práctica diagnóstica actual, los síntomas de ansiedad deben tener un tiempo de evolución mucho mayor que los síntomas depresivos. Aunque fuera posible incorporar duraciones para las diversas dimensiones –por ejemplo, dos semanas para TDM, seis meses para TAG, etc.–, esto haría perder algunas de las ventajas de un sistema dimensional, que debe responder a los síntomas actuales de un paciente, es decir, síntomas presentes dentro de la última semana o el último mes. Correspondería al clínico utilizar las dimensiones para introducir, después, las duraciones. Si las duraciones especificadas determinan –como lo hacen en la convención diagnóstica actual– que se ignoren síntomas de ansiedad de breve duración, esto no obra en el mejor interés del paciente. La opinión actual es que las reglas diagnósticas carecen de sentido en los contextos médicos generales. La ansiedad de breve duración es igual de importante que los síntomas de ansiedad de mayor tiempo de evolución; de hecho, a menudo lo es más, porque es más probable que la ansiedad a corto plazo esté relacionada con el motivo de consulta de un paciente.

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

¿La discriminación entre síntomas ansiosos y depresivos implica alguna ventaja para el paciente?

La evaluación de los síntomas depresivos es, por supuesto, de primordial importancia en contextos médicos, porque los síntomas depresivos exacerbarán el dolor, causarán mayor discapacidad y, sobre todo, pueden llevar al suicidio. Esto explica las numerosas escalas de depresión valorada por el propio paciente y por el médico que se utilizan ampliamente en la práctica médica general. Dentro de una dimensión depresiva, diferentes grados de gravedad pueden determinar distintas intervenciones. Por ejemplo, un paciente que presenta depresión leve puede justificar una combinación de asesoramiento preventivo e información sobre salud. En cambio, con grados ascendentes de gravedad, son apropiadas intervenciones bastante diferentes, que quizá lleven a la hospitalización de los pacientes más gravemente deprimidos y suicidas (National Collaborating Centre for Mental Health, 2004).

En cierta medida, los síntomas ansiosos y depresivos responden a las mismas intervenciones: el restablecimiento del sueño, mayor actividad física, diversas formas de intervención psicológica y, por supuesto, medicaciones, como inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, antidepresivos tricíclicos y los antidepresivos más modernos. Sin embargo, si se debe indicar medicación, la intensidad de los síntomas de ansiedad debe influir en la elección, porque es probable que algunas medicaciones exacerben estos síntomas en el corto plazo.

Los síntomas de ansiedad por sí mismos deben dar lugar a intervenciones diferentes que los síntomas depresivos. Un interrogatorio acerca de las fuentes actuales de ansiedad establecerá con rapidez si ésta se relaciona con ansiedad por la salud, con un problema existencial presente o si es de larga evolución y no está empeorando. La ansiedad respecto de la salud suele responder a la información precisa y la tranquilidad ofrecidas por el médico tratante, mientras que aquella relacionada con otros problemas existenciales puede responder a la resolución de problemas a cargo del clínico o de un consejero (*counselor*).

¿Cuántas dimensiones?

El análisis factorial entre los miembros de la comunidad que respondieron a un cuestionario en Holanda reveló un espacio sintomático tridimensional consistente en una dimensión depresiva o de "distrés", con diagnósticos de TDM, trastorno distímico y TAG; una dimensión de miedo, con diagnósticos de fobias, trastorno por estrés postraumático (TEPT) y trastorno de angustia (*panic disorder)*, y una dimensión externalizante, con dependencia de alcohol y drogas (Vollebergh y cols., 2001). Slade y Watson (2006) comunicaron resultados generales similares para Australia, aunque en este estudio, el TEPT y la neurastenia se incluyeron en la dimensión de distrés, y el trastorno obsesivo-compulsivo en la dimensión de miedo. Sin embargo, estos estudios utilizaron un instrumento de hallazgo de casos (una versión de la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta [Composite

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

International Diagnostic Interview, CIDI]) que no incluía síntomas somáticos, de manera que la somatización no aparece en el espacio de factores.

Krueger y cols. (2003) comunicaron datos del estudio Trastornos Psicológicos en la Atención Médica General (Psychological Disorders in General Medical Care), basado en más de 5000 entrevistas de Atención Primaria-CIDI de 14 países diferentes, que sí incluía síntomas somáticos. Dos modelos tridimensionales se adaptaron a los datos. En el primero de estos modelos (trifactorial A), los recuentos de síntomas para depresión, preocupación ansiosa y excitación ansiosa se incluyeron en el factor depresión-ansiedad, mientras que la somatización, la hipocondría y la neurastenia se incluyeron en el factor somatización, y el consumo riesgoso de alcohol en el factor problemas con el alcohol. Los resultados para el segundo modelo (trifactorial B) fueron los mismos, excepto que la neurastenia se consideró en el factor depresión-ansiedad. Se compararon estos modelos con un modelo bifactorial simple que representaba trastornos internalizantes, por una parte, y problemas con el alcohol, por otra. Por lo general, el modelo bifactorial mostró la mejor adaptación en 12 de los países, aunque en los Estados Unidos, el trifactorial A produjo la mejor adaptación, y en Alemania, lo hizo el trifactorial B. Esta solución meramente reproduce la distinción de orden superior internalización-externalización, y ese hecho se refleja en que el uso riesgoso de alcohol tiene una relación imperfecta con los trastornos emocionales, y difícilmente reflejará los diferentes diagnósticos que son comunes en este contexto.

Se puede observar que el agregado de las partes de síntomas somáticos del CIDI (no usado en estudios previos) influyó en la estructura dimensional producida. Como los síntomas somáticos son una de las principales razones por las que la gente de todo el mundo consulta a los médicos, evidentemente es importante tenerlos en cuenta.

En un nivel más detallado, en la práctica médica general es probable que los análisis de los patrones de factores de síntomas psicológicos –si la entrevista de investigación contiene síntomas somáticos (p. ej., Problemas Psicológicos en el Estudio de Atención Médica General de la Organización Mundial de la Salud)– detecten síntomas ansiosos y depresivos en una dimensión, síntomas de miedo en una segunda y síntomas somáticos en una tercera. Sin embargo, hay argumentos para distinguir entre síntomas de ansiedad y de depresión.

Por lo tanto, parece, en principio, que un sistema tridimensional (trastornos de depresión ansiosa, de miedo y de somatización) serviría a nuestros propósitos, con el agregado de una cuarta dimensión de consumo riesgoso de alcohol, en vista de la importancia médica del abuso de alcohol. Sin embargo, hay un problema en crear una sola dimensión para síntomas depresivos y ansiosos, aunque haya correlaciones sustanciales entre ellos (Goldberg y cols., 1987). Spitzer y cols. (2006) confirmaron que, en atención primaria, la comorbilidad es sustancial, pero argumentaron que el análisis factorial confirmó los síntomas como dimensiones distintas, con efectos diferentes e independientes sobre el deterioro funcional y la discapacidad. De todos modos, es notable que en este trabajo se incluyeran el TAG, la ansiedad social, el TEPT y el trastorno de angustia (*panic disorder*) en la dimensión "ansiedad" (Kroenke y cols., 2007), lo que hace que esta dimensión parezca, en algunos aspectos, similar a la dimensión "miedo" comunicada antes por Vollebergh y cols. (2001), y Slade y Watson (2006). La Escala del

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

Trastorno de Ansiedad Generalizada-7 (Spitzer y cols., 2006) es una de las mejores, pero es problemático suponer que una sola escala permite diagnosticar todos los diferentes trastornos de ansiedad. Los coeficientes de validez para los diversos trastornos de ansiedad –TAG, ansiedad social, TEPT y trastorno de angustia– fueron muy altos, con razones de verosimilitudes positivas para "cualquier trastorno de ansiedad" y TAG de 5,1-5,5 y de 3,5-3,9 para trastorno de ansiedad social, TEPT y trastorno de angustia. Hay tres puntos de interés:

1. No se suministraron cifras sobre fobias, de manera que la dimensión quizá no era en absoluto una dimensión de miedo, sino más bien una que respondía al componente ansioso de los diagnósticos mencionados.
2. Las cifras de la Escala de Trastorno de Ansiedad Generalizada-2 fueron casi tan buenas como las de la Escala de Trastorno de Ansiedad Generalizada-7, de manera que no queda claro que la versión más larga lograra mucho más (la versión 2 sólo pregunta "¿Se siente nervioso, ansioso o irritable?" y "¿No es capaz de dejar de preocuparse o de controlar la preocupación?").
3. La escala no permite discernir entre los diversos trastornos de ansiedad.

Zimmerman y Chelminski (2006) elaboraron un grupo de 13 escalas de comunicación por el propio paciente, las cuales generan categorías del Eje I para contextos psiquiátricos ambulatorios, pero las distintas escalas no parecen estar derivadas empíricamente y, en cualquier caso, no están diseñadas para los servicios de medicina general.

Si se van a tomar en cuenta los distintos trastornos somatomorfos, tan comunes en los contextos médicos generales, hallamos por lo menos tres dimensiones de síntomas: síntomas depresivos, síntomas de miedo y ansiedad, y síntomas somáticos. Parece sensato agregar a éstos una dimensión relacionada con el alcohol, no sólo porque su consumo es de gran importancia médica, sino también porque esta adicción permitiría una fácil conversión a una escala lineal.

Una primera manera de proceder

Se podrían generar escalas dimensionales sólo mediante la inclusión de criterios en cualquier recomendación diagnóstica revisada. Sin duda, esto permitiría una fácil traslación de la dimensión a la categoría (que es lo que han hecho algunas escalas existentes) y lograría una excelente relación con diagnósticos categoriales (p. ej., considérese el Cuestionario de Salud del Paciente-9 y la Escala del Trastorno de Ansiedad Generalizada-7). En un sentido, este enfoque está destinado al éxito porque es, en esencia, tautológico. Sin embargo, implicaría que la escala sería, en gran medida, síntomas en el umbral del caso, más que una combinación de síntomas leves, moderados y graves. Así, una puntuación creciente en una escala dimensional de este tipo indicaría una probabilidad cada vez mayor de que el individuo sea, de hecho, un "caso", pero no sería un indicador fiable de la gravedad del trastorno ni indicaría cuál era el trastorno de ansiedad presente.

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

Una segunda manera de proceder

Un enfoque alternativo consistiría en calcular dimensiones a partir de grandes series de datos recogidos de pacientes tratados en contextos médicos generales y adecuar estas dimensiones a los modelos modernos de variables latentes. Estos análisis permitirían seleccionar ítems que representen grupos de síntomas relativamente homogéneos y distintivos. Además, los enfoques de modelos latentes facilitarían la selección de ítems que discriminen bien (es decir, tengan buenas pendientes y carga de factores) y, a la vez, ofrezcan un rango de umbrales de gravedad. Este enfoque tendría una mejor probabilidad de detectar a individuos con síntomas ansiosos y depresivos graves (en lugar de suministrar sólo un grado creciente de probabilidad de que un individuo dado califique, de hecho, para un diagnóstico categorial).

Los parámetros prominentes de síntomas ansiosos y depresivos (p. ej., entrevistas estructuradas y las escalas de Beck y Hamilton) han sido, en gran medida, útiles en este campo, pero se elaboraron sin el beneficio de los modelos psicométricos modernos, y esto ha determinado una serie de problemas psicométricos, sobre todo, la heterogeneidad del contenido de ítems, que no refleja el trabajo estructural de las últimas décadas (p. ej., Brown y cols., 1998; Clark y Watson, 1991; Krueger y Finger, 2001; Mineka y cols., 1998; Simms y cols., 2008). Como se describió antes, gran parte del trabajo analítico de factores sugirió mejores maneras de definir sintomatología internalizante y extenalizante, y los enfoques de modelos latentes probaron adecuarse bien para aprovechar los resultados de estudios estructurales a fin de facilitar el desarrollo de instrumentos de medición modernos para contextos clínicos y de investigación.

La teoría de respuesta al ítem (TRI; véase, p. ej., Embretson y Reise, 2000; Hambleton y Swaminathan, 1985; Lord, 1980) hace referencia a un amplio espectro de modelos de rasgo latente que caracterizan a los ítems de pruebas psicológicas por uno o más parámetros del ítem. Los métodos de la TRI ofrecen varias ventajas respecto de los métodos clásicos de desarrollo de pruebas, que se usaron para crear la mayoría de los parámetros de psicopatología hasta la fecha. En lo que concierne a nuestros propósitos, la ventaja más notable de la TRI es su capacidad de describir los puntos a lo largo de una dimensión de síntomas, donde la medición es máxima y mínimamente precisa.

Una exposición completa de la TRI escapa al alcance de este capítulo; los lectores interesados pueden consultar Embretson y Reise (2000), que es un volumen razonablemente asequible dedicado a la teoría y el uso de la TRI. Se propusieron diversos modelos para prepresentar los datos de respuesta tanto dicótomos (p. ej., presentes o ausentes) y polítomos (p. ej., escalas ordinales de gravedad o frecuencia). De ellos, un modelo de dos parámetros, con parámetros para umbral/gravedad del ítem y discriminación del ítem, es el que se ha aplicado más consistentemente a las medidas de psicopatología. Estos parámetros del ítem se pueden combinar para formar una curva de información del ítem, que especifica en qué lugar de una dimensión de síntomas dada, un ítem proporciona la máxima precisión de medición. Por lo general, el umbral/gravedad del ítem determina la localización horizontal del pico de la curva, mientras que la discriminación del ítem influye en la

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

altura relativa del pico respecto de otros ítems de la escala. Después, se pueden sumar curvas de información del ítem individuales para formar una curva de información de la prueba que suministra un índice global de precisión de la medición para una escala dada.

En la Figura 2-1 se presentan curvas de información de cuatro ítems, así como la curva de información de la prueba, que representa la suma de las curvas de los ítems. Estas curvas ilustran las características de la TRI de cuatro ítems hipotéticos, que varían tanto en umbral/gravedad como en discriminación. De estos ítems, el número 3 es el más discriminador (lo que se evidencia por la altura de su pico), mientras que el número 4 refleja menor precisión, pero tiene el máximo umbral/gravedad de todos los ítems (porque su pico es el ubicado más a la derecha, a lo largo de la dimensión gravedad). En conjunto, estos ítems dan origen a una curva de información de la prueba que muestra un pico moderado y está centrada alrededor de cero en la dimensión de gravedad (que está en una métrica de puntuación z). Cabe destacar que el valor de la información de estos ítems hipotéticos cae con rapidez para individuos ubicados más de una desviación estándar por debajo o por encima de la media poblacional para esta dimensión, lo que puede no ser ideal en contextos clínicos, cuando deseamos identificar, con una precisión razonable, a aquellos que presentan altos niveles de síntomas. Sin embargo, lamentablemente, las curvas de información de la prueba como la de la Figura 2-1 son la regla y no la excepción con la mayoría de las medidas de psicopatología creadas de manera clásica.

Por consiguiente, ¿cómo se deben usar las técnicas de la TRI para desarrollar medidas modernas de las dimensiones de síntomas según lo descrito? El desarrollo de medidas, independientemente de si se aplican métodos de la TRI, debe proceder mediante una serie de pasos informados en la teoría, que fueron bien descritos en otras publicaciones (Clark y Watson, 1995; Loevinger, 1957; Simms y Watson, 2007). En algunos casos, se podrían utilizar ítems de medidas y conjuntos de datos existentes para formar la base de un modelo y medida estructurales de psicopatología. De hecho, esta clase de estudio ha formado la base de gran parte de la evidencia empírica aquí descrita. Sin embargo, las escalas ideales se suelen construir desde cero empleando como guía la bibliografía existente para crear un conjunto de ítems suficientemente grande y amplio que indaguen todos los aspectos potencialmente relevantes de los constructos diagnósticos por medir.

En resumen, se deben explicar acabadamente los apoyos empíricos y teóricos de las dimensiones por medir, incluidas las definiciones operativas de cada una. A continuación, equipos de expertos deben crear un conjunto de ítems sobreinclusivo para indagar todos los aspectos relevantes de las dimensiones. Tercero, se deben recoger las respuestas al conjunto inicial de ítems en una muestra que represente ampliamente el tipo de muestra en el que la medida está destinada a ser útil más adelante y que sea lo bastante grande para soportar análisis estructurales. Cuarto, las respuestas a los ítems deben estar sujetas a análisis estructurales clásicos y modernos, incluidos análisis de factores comunes y métodos de la TRI, para confirmar la dimensionalidad del conjunto de ítems. Se pueden emplear análisis factoriales tradicionales para garantizar que los ítems formen factores homogéneos significativamente diferenciables entre sí. Luego, los métodos de la TRI

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

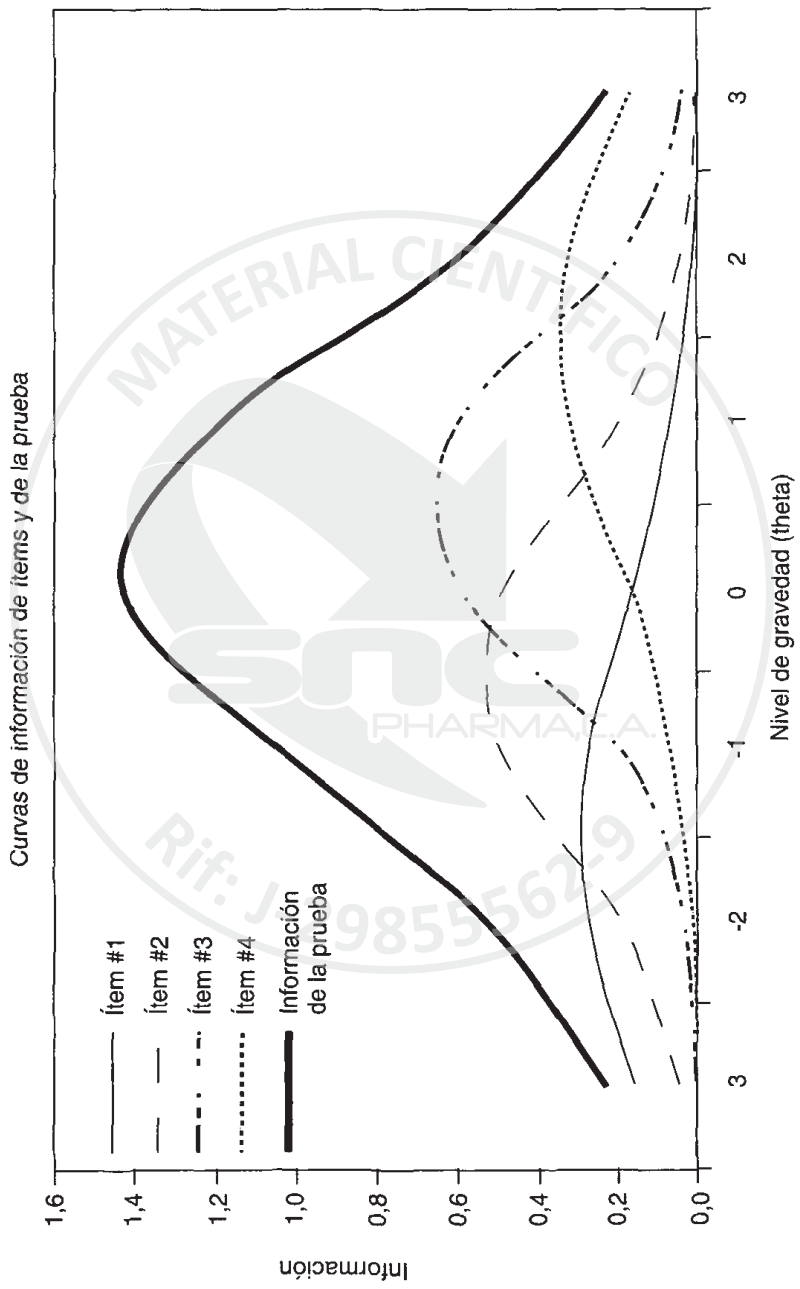


FIGURA 2-1. Ítem hipotético y curvas de información de la prueba.

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

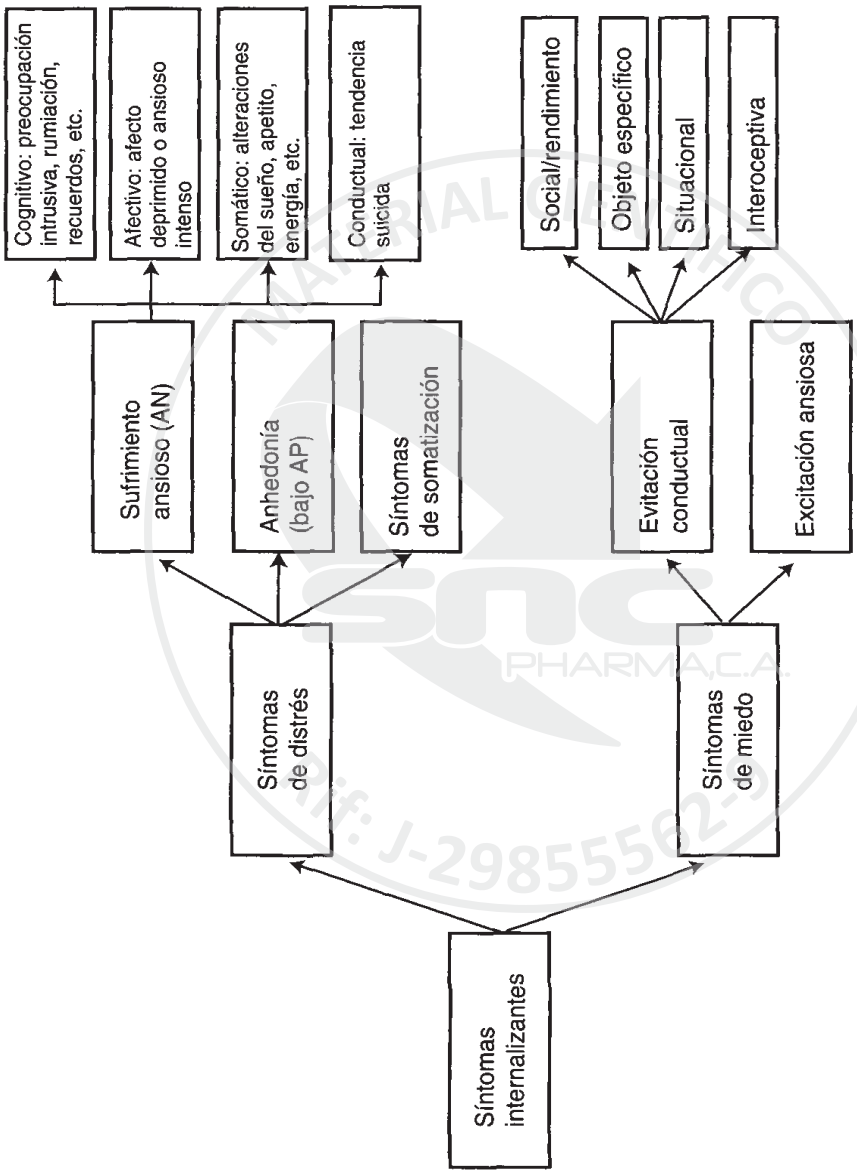


FIGURA 2-2. Posible patrón factorial de los síntomas internalizantes en contextos médicos generales.

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

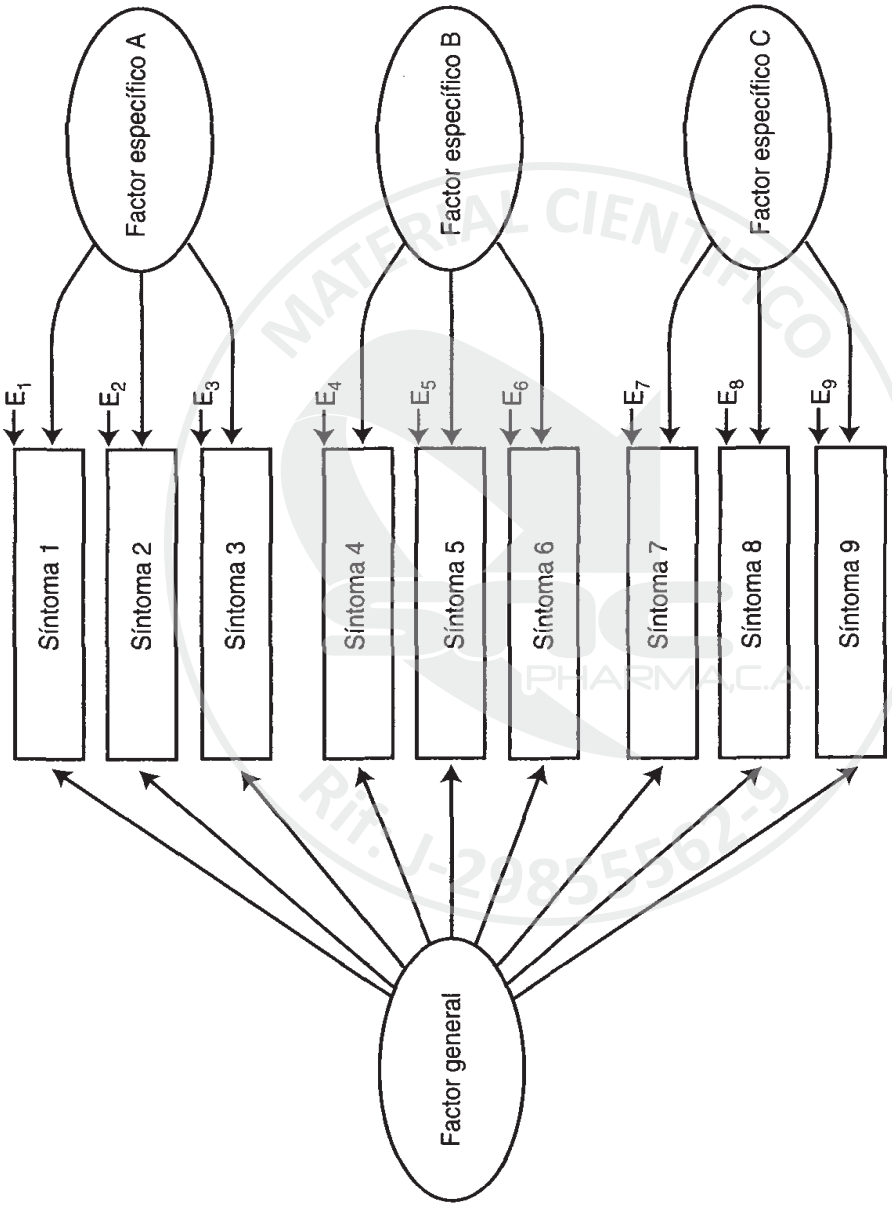


FIGURA 2-3. Ejemplo de un modelo estructural bifactorial.

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

serían útiles para identificar ítems intensamente discriminadores que varían a lo largo de todos los niveles de gravedad entre los cuales se desea efectuar una discriminación ulterior. Para tal fin, las curvas de información del ítem y de la prueba serían instrumentos útiles para tomar decisiones de este tipo respecto de la utilidad relativa de ítems candidatos de la prueba.

Interesa mencionar que los análisis estructurales podrían revelar problemas del conjunto de ítems que deben ser corregidos (p. ej., dimensiones con marcadores fuertes demasiado escasos o, quizá, niveles de gravedad de las dimensiones que requieren ítems adicionales). Así, es probable que el proceso de desarrollo de medidas sea iterativo, con múltiples rondas de redacción de ítems, recolección de datos y análisis estructurales, según sea necesario.

La Figura 2-2 muestra un posible patrón factorial que podría surgir de un análisis estructural de esta clase de pacientes que consultan en contextos de medicina general. Sin embargo, para que estas dimensiones sean útiles en contextos clínicos aplicados, quizá sea necesario combinarlos, en alguna medida, para formar dimensiones que se adecuen más estrechamente a los constructos nosológicos existentes. Por ejemplo, una investigación estructural de depresión sugirió que el sufrimiento ansioso (es decir, afecto negativo) y la anhedonia (es decir, bajo afecto positivo) se combinan para formar el fenotipo depresivo (p. ej., Clark y Watson, 1991; Mineka y cols., 1998). Así, los clínicos que desean medir la "depresión" como un todo, más que sus partes componentes necesitarán un método para hacerlo, independientemente de lo que sugieran nuestros análisis depurados. De modo similar, los trastornos como el trastorno de angustia se podrían conceptualizar como combinaciones de sufrimiento ansioso, más excitación ansiosa más, en casos de agorafobia, evitación conductual.

Para manejar tal complejidad dimensional, es probable que debamos adoptar un modelo más complejo de TRI para nuestros análisis. Los modelos tradicionales de la TRI asumen que las dimensiones en estudio son unidimensionales, una condición que investigaciones previas indican que es improbable encontrar (Goldberg y cols., 1987; Ormel y cols., 1995). Sin embargo, en los últimos años, se han propuesto y aplicado una serie de modelos multidimensionales de la TRI para encarar esta complejidad. Un modelo en particular, el modelo bifactorial (Gibbons y Hedeker, 1992; Gibbons y cols., 2007), es interesante para aplicar la TRI en la investigación de mediciones en psicopatología. Sucintamente, el modelo bifactorial permite cargar las variables tanto en un factor general común como en uno de varios factores específicos, lo que permite una correspondencia directa de un modelo jerárquico en el que una dimensión de base sólida (p. ej., depresión) es marcada por síntomas de distintos niveles de especificidad (p. ej., afecto deprimido, tendencia suicida, anhedonia). La Figura 2-3 presenta un ejemplo genérico de un modelo estructural bifactorial.

Con un modelo de este tipo, podríamos aplicar con facilidad todos los beneficios del carácter paramétrico de la TRI, descritos antes, al factor general teniendo en cuenta, a la vez, las dimensiones específicas identificadas por nuestros modelos estructurales más refinados. Simms y Watson (2007) presentaron un ejemplo de este método aplicado a la medición de depresión y ansiedad en pacientes, comunidades y muestras de adultos emergentes. En resumen, los resultados de este

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

estudio destacaron un factor general firme que se correspondía con distrés general o desmoralización y estaba compuesto por una serie de factores más específicos (p. ej., disforia, irritabilidad, ansiedad, bajo afecto positivo, tendencia suicida) que variaban de manera considerable en la magnitud de sus relaciones con el factor de distrés de base. En el presente contexto, estos resultados aportan una base sobre la cual construir modelos complejos, ecológicamente válidos, y medidas de sintomatología internalizante.

Si bien este proceso puede insumir tiempo y resultar costoso, estos procedimientos darán origen a medidas que indaguen de manera definida una serie de dimensiones de psicopatología avaladas teórica y empíricamente. Además, los métodos de la TRI son útiles para identificar ítems sesgados que funcionan en forma diferente en ciertos subgrupos de interés, como grupos que difieren en sexo, etnicidad o grupo diagnóstico (p. ej., Santor y Coyne, 2001; Santor y cols., 1994). Por último, la TRI ha mostrado ser muy promisoria como base de medidas adaptativas computarizadas eficientes que dan por resultado información clínica equivalente, aunque utilizan sólo una fracción de los ítems de una medida tradicional en lápiz y papel (p. ej., Simms y Clark, 2005).

Ventajas y limitaciones de las dimensiones

Ventajas

El uso de dimensiones en la práctica clínica ofrecería varias ventajas. Las dimensiones permitirían obtener un parámetro de la gravedad de la alteración en una medida de síntomas particular y permitirían calcular umbrales en la dimensión, donde los beneficios de una intervención superan los costes no monetarios. Asimismo, posibilitarían ubicar una serie de diferentes intervenciones en la dimensión. Múltiples dimensiones podrían aportar un cuadro más completo de los síntomas de un paciente.

Limitaciones y desventajas

Sería un error suponer que una serie dada de dimensiones llegaría a ser adecuada para abarcar toda la diversidad de síntomas posibles o, incluso, las dimensiones que podrían ser relevantes para un servicio especializado particular. Así, se puede postular que los trastornos de la conducta alimentaria son dimensionales, pero sería absurdo imponer su medición sistemática en todos los servicios médicos. Luego, puede ser difícil extraer equivalentes categoriales de algunas dimensiones –p. ej., trastornos de miedo– para las que los diversos trastornos categoriales no permiten una transformación fácil en una sola dimensión lineal. Por fortuna, las implicaciones médicas generales de los trastornos fóbicos son mucho menores que las de los síntomas ansiosos, depresivos o somáticos. Los trastornos obsesivos serían otro ejemplo en el que no cabría

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

esperar que las dimensiones consideradas hasta ahora aportaran umbrales diagnósticos.

Usos de las dimensiones

Los diagnósticos categoriales tienden a ignorar síntomas que no forman parte de la definición de la entidad diagnóstica: así, el trastorno depresivo mayor, el trastorno de ansiedad generalizada y los trastornos somatomorfos son monodimensionales, aunque el paciente también puede tener problemas en otras dimensiones. Con los diagnósticos dimensionales, si cada síntoma tuviera una escala de respuesta de frecuencia cuádruple, el clínico contaría con información valiosa acerca de la gravedad y podría aplicar límites arbitrarios para decidir sobre intervenciones. Además, el uso de la escala de síntomas somáticos podría cubrir un espectro básico de síntomas comunes que, de lo contrario, son considerados en una revisión por sistemas. En la investigación de encuestas de servicios particulares o en trastornos físicos especificados, las dimensiones posibilitarían una recolección de datos mucho más rica que el uso de categorías diagnósticas binomiales, aisladas.

Bibliografía

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4ª ed. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4ª ed., texto revisado. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000

Brown TA, Chorpita BF, Barlow DH: Structural relationships among dimensions of the DSM-IV anxiety and mood disorders and dimensions of negative affect, positive affect, and autonomic arousal. J Abnorm Psicol 107:179–192, 1998

Clark LA, Watson D: Tripartite model of anxiety and depression: psychometric evidence and taxonomic implications. J Abnorm Psychol 100:316–336, 1991

Clark LA, Watson D: Constructing validity: basic issues in scale development. Psychol Assess 7:309–319, 1995

Embretson SE, Reise SP: Item Response Theory for Psychologists. Mahwah, NJ, Erlbaum, 2000

Gibbons RD, Hedeker D: Full-information item bi-factor analysis. Psychometrika 57:423–436, 1992

Gibbons RD, Bock RD, Hedeker D, et al: Full-information item bifactor analysis of graded response data. Appl Psychol Meas 31:4–19, 2007

Goldberg D, Huxley P: Mental Illness in the Community: The Pathway to Psychiatric Care. London, Tavistock, 1980

Goldberg D, Huxley P: Common Mental Disorders: A Bio-Social Model. London, Tavistock, 1992

Goldberg DP, Bridges K, Duncan-Jones P, et al: Dimensions of neuroses seen in primary care settings. Psychol Med 17:461–470, 1987

Hambleton RK, Swaminathan H: Item Response Theory: Principles and Applications. Amsterdam, Kluwer Nijhoff, 1985

Hunt C, Issikadis C, Andrews G: DSM-4 generalised anxiety disorder in the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. Psicol Med 32:649–659, 2002

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

Kendler KS, Prescott CA, Myers J, et al: The structure of genetic and environmental risk factors for common psychiatric and substance use disorders in men and women. Arch Gen Psychiatry 60:929–937, 2003

Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, et al: Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection. Arch Intern Med 146:317–325, 2007

Krueger RF: The structure of common mental disorders. Arch Gen Psychiatry 56:921–926, 1999

Krueger RF, Finger MS: Using item response theory to understand comorbidity among anxiety and unipolar mood disorders. Psychol Assess 13:140–151, 2001

Krueger RF, Chentsova-Dutton YU, Markon KE, et al: A cross-cultural study of the structure of comorbidity among common psychopathological syndromes in the general health care setting. J Abnorm Psychol 112:437–447, 2003

Loevinger J: Objective tests as instruments of psychological theory. Psicol Rep 3:635–694, 1957

Lord FM: Applications of Item Response Theory to Practical Testing Problems. Hillsdale, NJ, Erlbaum, 1980

Merikangas KR, Zhang H, Avenevoli S, et al: Longitudinal trajectories of depression and anxiety in a prospective community study: the Zurich Cohort Study. Arch Gen Psychiatry 60:993–1000, 2003

Mineka S, Watson D, Clark LA: Comorbidity of anxiety and unipolar mood disorders. Annu Rev Psychol 49:377–412, 1998

National Collaborating Centre for Mental Health: Depression: Management of Depression in Primary and Secondary Care. London, England, RC Psych Publications, 2004. Disponible en: http://www.nice.org.uk/pdf/word/CG023. Consultado el 10 de junio de 2009

Ormel J, Oldehinkel AJ, Goldberg DP, et al: How many dimensions of neurosis? Psychol Med 25:520–521, 1995

Regier DA, Goldberg ID, Taube CA, et al: The de facto US mental health services system: a public health perspective. Arch Gen Psychiatry 35:685–693, 1978

Regier DA, Narrow WE, Rae DS, et al: The de facto US mental and addictive disorders service system: epidemiologic catchment area prospective 1-year prevalence rates of disorders and services. Arch Gen Psychiatry 50:85–94, 1993

Santor DA, Coyne JC: Evaluating the continuity of symptomatology between depressed and nondepressed individuals. J Abnorm Psychol 110:216–225, 2001

Santor DA, Ramsay JO, Zurhoff DC: Nonparametric item analyses of the Beck Depression Inventory: evaluating gender item bias and response option weights. Psychol Assess 6:255–270, 1994

Simms LJ, Clark LA: Validation of a computerized adaptive version of the Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality (SNAP). Psychol Assess 17:28–43, 2005

Simms LJ, Watson D: The construct validation approach to personality scale construction. En: Handbook of Research Methods in Personality Psychology. Editado por Robins RW, Fraley RC, Krueger RF. New York, Guilford, 2007, pp 240–258

Simms LJ, Grös DF, Watson D, et al: Parsing the general and specific components of depression and anxiety with bifactor modeling. Depress Anxiety 25:E34–E46, 2008

Slade T, Watson D: The structure of common DSM-IV and ICD-10 mental disorders in the Australian general population. Psychol Med 36:1593–1600, 2006

Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, et al: A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. Arch Intern Med 166:1092–1097, 2006

Üstün TB, Sartorius N: Mental Illness in General Health Care: An International Study. New York, Wiley, 1995

Vollebergh WA, Iedema J, Bijl RV, et al: The structure and stability of common mental disorders: the NEMESIS study. Arch Gen Psychiatry 58:597–603, 2001

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

World Health Organization: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10ª revisión. Geneva, World Health Organization, 1992

World Health Organization: Mental Health Atlas 2005: edición revisada. Geneva, Switzerland, World Health Organization, 2005. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas. Consultado el 9 de junio de 2009

Zimmerman M, Chelminski I: A scale to screen for DSM-IV Axis 1 disorders in psychiatric out-patients: performance of the Psychiatric Diagnostic Screening Questionnaire. Psychol Med 36:1601–1612, 2006

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

CAPÍTULO 3

UNA VÍA DE AVANCE PARA LA NOMENCLATURA PSIQUIÁTRICA

EL EJEMPLO DEL ENFOQUE DEL PROYECTO DE ESPECTROS

Ellen Frank, Ph.D.
Paola Rucci, Dr.Stat.
Giovanni B. Cassano, M.D.

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

La nosología incorporada en el DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) y el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) representó un avance significativo de la clasificación diagnóstica, en especial cuando se la compara con el DSM-II (American Psychiatric Association, 1968); sin embargo, la nosología del DSM-III (American Psychiatric Association, 1980), así como la del DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987) y ediciones ulteriores, se basaba fundamentalmente en descripciones clínicas fiables. Además, como se había determina-

Partes de este capítulo se han adaptado de estas comunicaciones: Fagiolini A, Frank E, Rucci P, *et al.*: "Mood and Anxiety Spectrum as a Means to Identify Clinically Relevant Subytpes of Bipolar I Disorder". *Bipolar Disorder* 9:462-467, 2007; Cassano GB, Mula M, Rucci P, *et al.*: "The Structure of Lifetime Manic-Hypomanic Spectrum". *Journal of Affective Disorders* 112:59-70, 2009; Cassano GB, Benvenuti A, Miniati M, *et al.*: "The Factor Structure of Lifetime Depressive Spectrum in Patients With Unipolar Depression". *Journal of Affective Disorders* 115:87-99, 2009.

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

do que las decisiones debían ser categoriales o dimensionales, el enfoque del DSM no admitía ningún constructo dimensional dentro de las clasificaciones. Una consecuencia no buscada de este enfoque categorial estricto ha sido el alto nivel de comorbilidad de los pacientes que se presentan para tratamiento. Más aun, nuestro sistema diagnóstico actual suele combinar la intensidad de los síntomas, su duración, el deterioro y el distrés bajo el encabezado general de gravedad. En los diagnósticos, observamos marcadas inconsistencias en la cantidad de conceptos involucrados en la definición de un síndrome, con las consiguientes diferencias para determinar la remisión. No es sorprendente que suela haber una falta de convergencia de los datos clínicos y epidemiológicos sobre la prevalencia y los factores de riesgo. Por último, y quizá lo más importante, nuestro sistema diagnóstico actual no es muy adecuado para la incorporación de nuevos conocimientos, en especial respecto de los criterios de validación, como marcadores genéticos y biológicos de otro tipo.

Desde la década de 1990, estos problemas se tornaron más evidentes, y algunos investigadores intentaron encararlos de diversas maneras. Si bien no hay ninguna solución fácil que atraviese todos los diagnósticos, la adopción de medidas dimensionales, para usar junto con un sistema diagnóstico categorial, puede aportar nuevas estrategias –dentro de los trastornos y entre grupos de trastornos relacionados– y puede ayudar a encarar varios de los problemas aquí reseñados. Una iniciativa importante para resolver estos problemas ha sido el Proyecto de Espectros, una colaboración entre investigadores de Italia y de los Estados Unidos. Los conceptos y los métodos desarrollados por el Proyecto de Espectros (www.spectrum-project.org), dirigido por Giovanni B. Cassano, de la Universidad de Pisa, Italia, puede ser una vía de avance para la siguiente revisión del DSM, el DSM-5. En este capítulo describimos estos conceptos y métodos y después, utilizando como ejemplo el espectro de estado de ánimo, comentamos las ventajas específicas del enfoque del Proyecto de Espectros.

Enfoque del Proyecto de Espectros

Según la conceptualización del Proyecto de Espectros, los criterios diagnósticos para el Eje I del DSM-IV-TR y la CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1992) no describen totalmente el abanico de manifestaciones clínicas asociadas con los trastornos definidos. Las observaciones clínicas y los innumerables estudios descriptivos nos indican que los pacientes presentan, en realidad, una amplia gama de manifestaciones que abarcan variaciones de temperamento y rasgos conductuales.

Para desarrollar un programa de investigación basado en sus observaciones iniciales (Cassano y Savino, 1993), el Dr. Cassano estableció en 1995 el Comité Asesor sobre Espectros. Entre los colaboradores científicos convocados estuvimos nosotros y otros investigadores de las Universidades de Pisa, Pittsburgh, California y Columbia. Este grupo buscó convertir las observaciones clínicas en constructos mensurables reproducibles entre poblaciones. Comenzamos por crear medidas que usaban el formato de entrevista clínica estructurada. Cuando estuvimos satisfechos con el buen rendimiento de las entrevistas, examinamos la factibilidad de métodos de comunicación más eficientes por el propio paciente.

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

El Proyecto de Espectros conceptualiza la psicopatología como un continuo con la normalidad y adopta un enfoque continuo o dimensional para la medición dentro de las categorías tradicionales del DSM-IV de trastornos del estado de ánimo, de ansiedad, psicóticos, de la conducta alimentaria y por consumo de sustancias. Este enfoque considera la presencia de síntomas tanto durante la vida como aquellos más recientes, tendencias conductuales y rasgos temperamentales relacionados con cada una de estas categorías, independientemente del grado en el que se agrupen en el tiempo (Fig. 3-1).

No es sorprendente que el modelo de espectros se caracterice por una conceptualización más amplia de la psicopatología y una visión integrada de la dicotomía unipolar-bipolar aceptada en la actualidad. Puede haber trastornos concomitantes, como trastornos floridos o como cuadros más leves del "espectro". Para intentar encarar el hecho de que los trastornos rara vez aparecen en los prototipos puros y en apariciencia aislados descritos en el DSM-IV, el modelo incorpora síntomas comunes, en general omitidos, de los criterios diagnósticos psiquiátricos, y un método más flexible de agrupación de síntomas.

El Proyecto de Espectros ha desarrollado evaluaciones en formatos que cubren toda la vida del que responde el cuestionario o sólo el mes previo. Las medidas de toda la vida también consideran los precursores tempranos o pródromos, y las versiones tanto para toda la vida como para el último mes permiten evaluar síntomas residuales. Quizá lo más importante sea que el marco conceptual del Proyecto de Espectros posibilita un enfoque más racional de la cuestión de la comorbilidad por su capacidad de determinar el nivel de relación entre trastornos o las representaciones subsindrómicas de eso. A su vez, esto permite un examen más significativo de las conexiones con factores biológicos específicos, así como de las diferencias referidas al desarrollo, de sexo y transculturales.

Cada medida del espectro se organiza en niveles relevantes:

- *Dominio del espectro de estado de ánimo:* incluye estado de ánimo maníaco, estado de ánimo depresivo, energía maníaca, energía depresiva, cognición maníaca, cognición depresiva y perioricidad.
- *Dominio del espectro de angustia-agorafóbico:* incluye angustia (pánico) típica, angustia atípica, expectativa ansiosa, agorafobia típica, otras fobias, sensibilidad a la transmisión de tranquilidad, sensibilidad a sustancias, sensibilidad al estrés y sensibilidad a la separación.
- *Dominio del espectro de consumo de sustancias:* incluye consumo de sustancias y uso indebido de fármacos, sensibilidad a fármacos y sustancias, uso de sustancias o fármacos para automedicación, búsqueda de sensaciones, déficit de atención y síntomas atípicos de trastorno por abuso de sustancias.
- *Dominio del espectro psicótico:* incluye sensibilidad interpersonal, percepciones erróneas paranoides, esquizoides y síntomas psicóticos típicos.
- *Espectro de anorexia-bulimia:* subdividido en actitudes y creencias, antecedentes de variaciones en el peso corporal, autoestima y satisfacción, fobias, conductas evitativas y compulsivas, mantenimiento del peso, descontrol alimentario, manifestaciones y consecuencias asociadas, y alteración y conciencia del trastorno (*insight*).

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

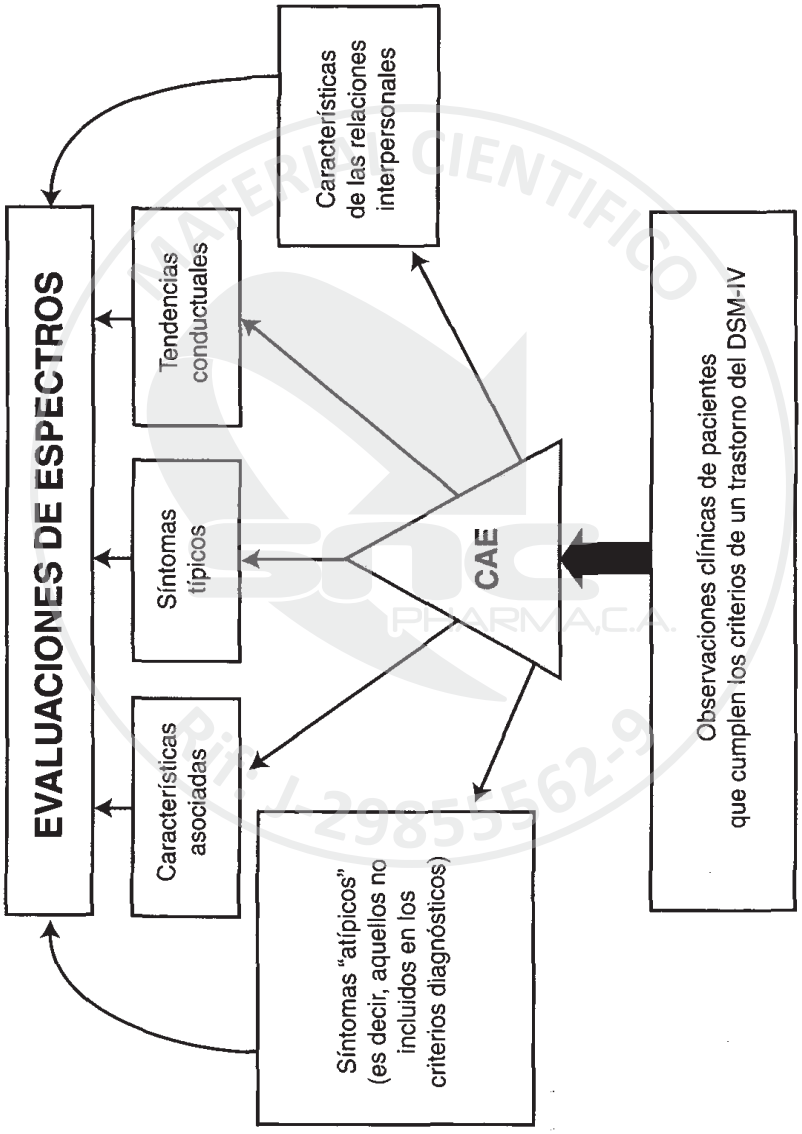


FIGURA 3-1. Fuentes para las evaluaciones de espectros.

Nota. CAE = Comité Asesor sobre Espectros.

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

- *Dominio del espectro obsesivo-compulsivo:* incluye duda, hipercontrol, actitud hacia el tiempo, perfeccionismo, repetición y automatización, y temas obsesivo-compulsivos.
- *Dominio del espectro de ansiedad social:* incluye rasgos fóbicos sociales durante la infancia y la adolescencia, sensibilidad interpersonal, inhibición conductual y síntomas somáticos, y ansiedades/características fóbicas específicas.

Medidas de los espectros: fiabilidad, validez y utilidad clínica

El Cuadro 3-1 muestra los resúmenes de los estudios de fiabilidad y validación de las medidas de evaluación del espectro, y se puede consultar el texto completo de los estudios citados en www.spectrum-project.org. Estos estudios demuestran en qué grado los espectros individuales representan distintas dimensiones psicopatológicas, las relaciones entre características del espectro y los trastornos del Eje II, y las relaciones de las características del espectro con el deterioro funcional. Como muestra el Cuadro 3-1, la fiabilidad y la validez variaron en forma moderada entre los dominios de cada una de las escalas; sin embargo, todos los hallazgos estuvieron, en general, en el rango de aceptable a excelente.

Las medidas de los espectros ya demostraron utilidad clínica sustancial. Por ejemplo, los estudios de la relación del espectro de angustia durante la vida con el resultado del tratamiento en estudios sobre trastornos del estado de ánimo, subvencionados por el National Institute of Mental Health, muestran que las características del espectro de angustia son, de otra manera, un correlato oculto pero importante de mal resultado del tratamiento (Frank y cols., 2000a, 2000b). En un estudio que incorporó un enfoque terapéutico secuencial, entre 61 pacientes con depresión unipolar recurrente (Frank y cols., 2000b), sólo el 18% cumplía los criterios de trastorno de angustia (*panic disorder*) durante la vida, mientras que el 38% superaba una puntuación umbral definida por la curva de eficacia diagnóstica (ROC, *receiver operating characteristic curve*) de 35 en el Informe por el Propio Paciente del Espectro de Angustia-agorafóbico (PAS-SR) durante la vida. Los participantes con puntuaciones superiores a este umbral tenían una probabilidad mucho menor de responder a la monoterapia con psicoterapia interpersonal (PTI) ($p < 0,05$). Además, cuando se consideró la secuencia completa de tratamiento agudo (PTI seguida de PTI más inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina [SSRI] en quienes no respondían a la PTI), los sujetos con altas puntuaciones en el PAS-SR mostraron una demora clínica y estadísticamente significativa en el tiempo hasta la respuesta completa (18,1 semanas frente a 10,3 semanas; $p < 0,05$). En una investigación sobre tratamientos del trastorno bipolar I en 66 pacientes, sólo el 12% cumplía los criterios de trastorno de angustia definidos en el DSM-IV, mientras que el 55% superaba nuestro umbral definido por ROC para el espectro de angustia clínicamente significativa durante la vida (Frank y cols., 2002). En este grupo, observamos una demora de 27 semanas en el tiempo hasta una respuesta sostenida del episodio índice respecto de aquellos con niveles más bajos de manifestaciones del espectro de angustia (44 semanas frente a 17 semanas; $p = 0,002$). La alta comorbilidad del espectro de angustia en pacientes con trastorno bipolar

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

CUADRO 3-1. Estudios de fiabilidad y validación para el enfoque de espectros

Instrumento	Fuente	Población	Fiabilidad	Validez
Entrevista clínica estructurada para el espectro miedo-agorafobia (SCI-PAS, *Structured Clinical Interview for Panic-Agoraphobia Spectrum*)	Cassano y cols., 1999; Shear y cols., 2001	141 pacientes con trastorno de angustia 140 pacientes con enfermedad cardiovascular 141 sujetos control sanos	Rangos de fiabilidad prueba-reprueba e interevaluador: 0,46-0,94 Rango de consistencia interna: 0,75-0,89	*Validez convergente de dominios:* Dominio de síntomas similares a angustia e Inventario de Ansiedad de Beck, $r = 0,74$; $p < 0,01$ Dominio de expectativa ansiosa e Índice de Sensibilidad a la Ansiedad, $r = 0,75$; $p < 0,01$ Dominio de agorafobia típica y Cuestionario de Miedo, $r = 0,67$; $p < 0,01$ Puntuación total de la SCI-PAS y Escala de gravedad del trastorno de angustia, $r = 0,70$; $p < 0,01$ Dominio de sensibilidad a la separación y Escala de trastorno de ansiedad por separación del adulto, $r = 0,75$; $p < 0,01$ Dominio de sensibilidad a la separación e Inventario de síntomas de ansiedad por separación, $r = 0,74$; $p < 0,01$

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

CUADRO 3-1. Estudios de fiabilidad y validación para el enfoque de espectros *(continuación)*

Instrumento	Fuente	Población	Fiabilidad	Validez
Entrevista clínica estructurada para el espectro de consumo de sustancias (SCI-SUBS, *Structured Clinical Interview for Substance Use Spectrum*)	Sbrana y cols., 2003	67 pacientes con trastornos del DSM-IV-TR con trastorno por consumo de sustancias concomitante o sin este 33 sujetos control	Rango de consistencia interna: 0,64-0,93	*Validez de discriminación:* Las puntuaciones de dominios de los pacientes con trastorno por consumo de sustancias fueron significativamente más altas que las de los sujetos control y los pacientes sin trastorno por consumo de sustancias ($p < 0,05$)
Entrevista clínica estructurada para el espectro psicótico (SCI-PSY, *Structured Clinical Interview for Psychotic Spectrum*)	Sbrana y cols., 2005	351 pacientes con trastornos del DSM-IV con psicosis o sin esta 102 sujetos control	Rango de consistencia interna: 0,77-0,94	*Validez de discriminación:* Todos los grupos diagnósticos presentaban puntuaciones totales de SCI-PSY significativamente mayores ($p < 0,01$) que las de los sujetos control
Entrevista clínica estructurada para el espectro anoréxico-bulímico (SCI-ABS, *Structured Clinical Interview for Anorexic-Bulimic Spectrum*)	Mauri y cols., 2006	55 pacientes con trastornos de la conducta alimentaria 118 estudiantes 114 concurrentes a gimnasios 58 pacientes de tocoginecología	Rangos de fiabilidad prueba-reprueba e interevaluador: 0,84-0,99 Rango de consistencia interna: 0,41-0,93	*Validez convergente:* Rango de correlaciones con la Prueba de Actitud Alimentaria: 0,46-0,77 Rango de correlaciones con el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria: –0,01-0,50 *Validez de discriminación:* Las puntuaciones de todos los dominios discriminaron significativamente ($p < 0,01$) a pacientes con trastorno de la conducta alimentaria de todos los grupos control

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

CUADRO 3-1. Estudios de fiabilidad y validación para el enfoque de espectros *(continuación)*

Instrumento	Fuente	Población	Fiabilidad	Validez
Entrevista clínica estructurada para el espectro obsesivo-compulsivo (SCI-OBS, *Structured Clinical Interview for Obsessive-Compulsive Spectrum*)	Dell'Osso y cols., 2000	135 pacientes con diagnósticos psiquiátricos, incluido trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) 119 sujetos control	Rangos de fiabilidad prueba-reprueba e interevaluador: 0,94-0,98 Rango de consistencia interna: 0,61-0,93	*Validez convergente:* Rango de correlaciones con la Lista de verificación de obsesiones y compulsiones, síntomas actuales: 0,49-070 Rango de correlaciones con la Lista de verificación de obsesiones y compulsiones, síntomas durante la vida: 0,48-0,71 Rango de correlaciones con la Escala Obsesivo-Compulsiva de Yale-Brown: 0,30-0,54
Entrevista clínica estructurada para fobia social (SCI-SHY, *Structured Clinical Interview for Social Phobia*)	Dell'Osso y cols., 2000	50 pacientes con fobia social 50 pacientes con TOC 35 pacientes con trastorno depresivo mayor 119 sujetos control	Rango prueba-reprueba: 0,97-0,99 Rango de consistencia interna: 0,87-0,94	*Validez convergente:* Rango de correlaciones con la Escala de Ansiedad Social de Liebowitz: 0,48-0,83 *Validez de discriminación:* Las puntuaciones de todos los dominios discriminaron significativamente ($p < 0,01$) a los pacientes con fobia social de otros pacientes psiquiátricos y sujetos control

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

CUADRO 3-1. Estudios de fiabilidad y validación para el enfoque de espectros *(continuación)*

Instrumento	Fuente	Población	Fiabilidad	Validez
Entrevista clínica estructurada para el espectro de estado de ánimo (SCI-MOODS, *Structured Clinical Interview for Mood Spectrum*)	Fagiolini y cols., 1999	112 pacientes con trastorno bipolar 122 pacientes con depresión unipolar recurrente 141 estudiantes 116 pacientes con trastornos gastrointestinales	Rango prueba-reprueba: 0,93-0,94 Consistencia interna: 0,79-0,92	*Validez de discriminación:* Las puntuaciones de todos los dominios y subdominios de los pacientes con trastornos del estado de ánimo fueron significativamente mayores ($p < 0,01$) que las de los sujetos control Las puntuaciones del subdominio maníaco fueron significativamente mayores ($p < 0,01$) en pacientes con trastorno bipolar que en pacientes con depresión unipolar recurrente

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

también se asoció con mayor cantidad de episodios depresivos durante la vida y niveles más altos de síntomas depresivos concurrentes.

Hace muy poco tiempo, llevamos a cabo un estudio en dos centros, la Universidad de Pittsburgh y la Universidad de Pisa, en pacientes con depresión unipolar. En este estudio, los participantes con un episodio depresivo mayor agudo fueron asignados de manera aleatoria a secuencias de tratamiento con PTI inicial o SSRI inicial. Se agregó el otro tratamiento al esquema agudo en aquellos que no respondieron y en aquellos cuyos síntomas remitieron con ulterioridad, con monoterapia. En este estudio, observamos que los participantes con puntuaciones más altas del factor *necesidad de ser tranquilizado por el médico* del PAS-SR mostraron remisión más rápida con PTI que con monoterapia con SSRI y que las puntuaciones más altas en los factores del PAS-SR, *síntomas de angustia, fobia a fármacos, miedo de perder el control/ despersonalización* y *agorafobia*, predijeron un período más prolongado hasta la remisión con ambos tratamientos (Frank y cols., 2010).

Identificación de cuadros subumbral

La evidencia de convergencia de estudios clínicos y epidemiológicos, incluida la National Comorbidity Survey Replication (Reproducción de la Encuesta Nacional de Comorbilidad) (Kessler y cols., 2003), confirma que los cuadros subumbral son relevantes desde el punto de vista clínico. Por lo tanto, se consideró una de las prioridades del Proyecto de Espectros determinar un límite para los cuadros subumbral. Por lo general, este objetivo se enfoca analíticamente, mediante análisis de ROC, que identifica un umbral que equilibra de manera óptima la sensibilidad y la especificidad respecto de un criterio externo (el "patrón de referencia"). Los análisis de ROC se suelen utilizar en cuestionarios de investigación psiquiátrica para establecer una puntuación límite que se pueda usar para cribado diagnósticos en un estudio de dos fases. En este caso, el límite se determinó en un estudio piloto, que utilizó el diagnóstico como patrón de referencia. Como se mencionó, los instrumentos del espectro incluyen los criterios diagnósticos y otras manifestaciones que constituyen el halo de un trastorno. Además, las preguntas del espectro exploran la experiencia de un individuo durante toda la vida. Por lo tanto, utilizando el diagnóstico durante la vida como patrón de referencia y asumiendo que la verdadera puntuación límite para un cuadro subumbral sería inferior a la del diagnóstico correspondiente, obtuvimos una primera estimación de esa puntuación del espectro de angustia-agorafóbico al imponer la limitación de que la sensibilidad fuera del 70% o más (Frank y cols., 2000b). Utilizando muestras grandes, incluidos pacientes con los trastornos de interés y sujetos control, obtuvimos similarmente una puntuación límite para cada cuadro del espectro mediante análisis de ROC (Cuadro 3-2). Este procedimiento ofrece un punto de partida para distinguir a sujetos con psicopatología subumbral o florida del espectro durante la vida significativa desde el punto de vista clínico. En la actualidad, se están llevando a cabo investigaciones para demostrar la utilidad clínica de identificar cuadros subumbral. La psicopatología del espectro de estado de ánimo también se asoció con mayor probabilidad de intentos de suicidio en pacientes con

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

esquizofrenia y trastorno del estado de ánimo (Balestrieri y cols., 2006), con peor calidad de vida en individuos con artritis reumatoidea (Piccinni y cols., 2006), con mayor probabilidad de presentar un episodio depresivo durante el tratamiento con interferón en pacientes con hepatitis crónica (Dell'Osso y cols., 2007) y con antecedentes de vómitos autoprovocados y tendencia suicida en pacientes con anorexia nerviosa (Wildes y cols., 2007).

Fijación de umbrales en estudios clínicos

Una de las cuestiones que se podría encarar en estudios clínicos es si un espectro predice el tiempo hasta la respuesta al tratamiento (o remisión). Como se observó antes, nosotros (Frank y cols., 2000b, 2002) utilizamos puntuaciones del espectro de angustia-agorafóbico para predecir el tiempo hasta la respuesta en trastornos del estado de ánimo. Para este fin, se usó el espectro de angustia-agorafóbico como una puntuación dimensional (recuento de ítems positivos) en un análisis de regresión de Cox y como una variable dicótoma (por encima o por debajo del límite de 35 definido por análisis de ROC), para generar estimaciones de Kaplan-Meier de curvas de supervivencia. En estos estudios, hallamos que el espectro de angustia-agorafóbico difiere significativamente de la respuesta al tratamiento en la depresión mayor y el trastorno bipolar. La puntuación del espectro dimensional y categorial aportó evidencia consistente de que la información transmitida por el espectro de angustia-agorafóbico tiene utilidad clínica que supera y amplía a la provista por la presencia/ausencia de un diagnóstico concomitante de trastorno de angustia o agorafobia.

Espectro de estado de ánimo como ejemplo de oportunidades para el DSM-5

En la segunda mitad de este capítulo, exploramos diversas aplicaciones de las medidas de los espectros en trastornos del estado de ánimo. Los esfuerzos de los colaboradores del Proyecto de Espectros se han orientado a una evaluación empírica de la relación de la fenomenología del espectro depresivo y maníaco/hipomaníaco en pacientes con trastornos unipolar y bipolar definidos de manera tradicional. Estos estudios nos permitieron describir 1) la tasa de síntomas maníacos/hipomaníacos durante la vida comunicados por pacientes con trastornos unipolar recurrente, 2) la relación entre la cantidad y la gravedad de síntomas maníacos/hipomaníacos y la cantidad y la gravedad de síntomas depresivos durante la vida, y 3) el valor predictivo y las implicaciones clínicas de diversos patrones de síntomas durante la vida (en oposición a síndromes).

Función del espectro de estado de ánimo dentro de un grupo de pacientes con trastornos unipolares

¿Permite una evaluación del espectro de estado de ánimo en trastornos unipolares que los clínicos conozcan aspectos de los trastornos que ni el enfoque

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

CUADRO 3-2. Umbrales de psicopatología de espectros clínicamente significativos

Espectro	Umbral	Sensibilidad, %	Especificidad, %	AUC (IC del 95%)
Angustia (pánico)-agorafóbico	35	89	80	0,854 (0,808-0,900)
Estado de ánimo				
Depresión	22	93	70	0,907 (0,877-0,936)
Manía	22	87	70	0,861 (0,822-0,901)
Obsesivo-compulsivo	59	82	71	0,832 (0,744-0,890)
Fobia social	59	84	79	0,907 (0,870-0,943)
Anorexia/bulimia	45	96	83	0,943 (0,920-0,967)
Psicótico	29	87	71	0,886 (0,845-0,926)
Consumo de sustancias	25	91	71	0,905 (0,866-0,944)

Nota. AUC = área bajo la curva.

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

DSM/Entrevista Clínica Estructurada para trastornos del DSM ni las medidas convencionales de gravedad (p. ej., Escala de Depresión de Hamilton, Inventario de Sintomatología Depresiva) les permiten detectar en pacientes? ¿Hày diferencias entre los pacientes con depresión unipolar y aquellos con trastorno bipolar en la experiencia de síntomas maníacos/hipomaníacos aislados durante la vida? Sostenemos que el campo se beneficiaría con un enfoque unitario y continuo para la evaluación de síntomas tanto maníacos/hipomaníacos como depresivos. Sobre la base de esta conceptualización unitaria de los trastornos del estado de ánimo, postulamos que los pacientes con depresión unipolar recurrente, sin episodios hipomaníacos definidos durante la vida, comunicarían, no obstante, síntomas hipomaníacos/maníacos durante la vida y que la cantidad de síntomas de este tipo se relacionaría con la cantidad de síntomas depresivos durante la vida. Asimismo, postulamos que los síntomas maníacos/hipomaníacos se asociarían con indicadores de mayor gravedad de la depresión.

Después, examinamos en qué grado individuos con un diagnóstico de trastorno unipolar recurrente durante la vida corroboraban haber presentado síntomas maníacos/hipomaníacos durante su vida, y comparamos estos informes con los de pacientes que presentaban trastorno bipolar (Cassano y cols., 2004). Investigamos estas hipótesis en 223 pacientes con trastornos del estado de ánimo bipolar y unipolar recurrente que realizaron la Entrevista Clínica Estructurada para el Espectro de Estado de Ánimo (SCI-MOODS; Fagiolini y cols., 1999). Los pacientes con depresión unipolar recurrente corroboraron que habían presentado una cantidad sustancial de síntomas maníacos/hipomaníacos a lo largo de su vida. En ambos grupos, la cantidad de ítems maníacos/hipomaníacos corroborados se relacionó con la cantidad de ítems depresivos corroborados (véase Figuras 3-2 y 3-3). En el grupo con depresión unipolar recurrente, la cantidad de ítems maníacos/hipomaníacos se relacionó con una mayor probabilidad de admitir ideas paranoides y delirantes e ideación suicida. En el grupo bipolar, la cantidad de ítmes maníacos/hipomaníacos durante la vida se relacionó con ideación suicida y fue sólo un indicador de psicosis. La presencia de una cantidad significativa de ítems maníacos/hipomaníacos en pacientes con depresión unipolar recurrente parece desafiar la dicotomía unipolar-bipolar tradicional y puentear la brecha entre estas dos categorías de trastornos del estado de ánimo.

Estructura factorial del espectro de manía/hipomanía

La observación de que los trastornos bipolares suelen pasar inadvertidos instó a nuestro grupo a considerar el empleo de una versión de comunicación por el propio paciente de la SCI-MOODS (MOODS-SR; Cassano y cols., 2009b) para ayudar a detectar la bipolaridad en muestras clínicas y no clínicas. El MOODS-SR se obtuvo de la SCI-MOODS (Fagiolini y cols., 1999) y se centra en la presencia de síntomas, rasgos y modos de vida maníacos y depresivos que pueden caracterizar la desregulación afectiva "temperamental" que conforma las alteraciones del estado de ánimo totalmente sindrómicas y las subumbral. Las alteraciones subumbral

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

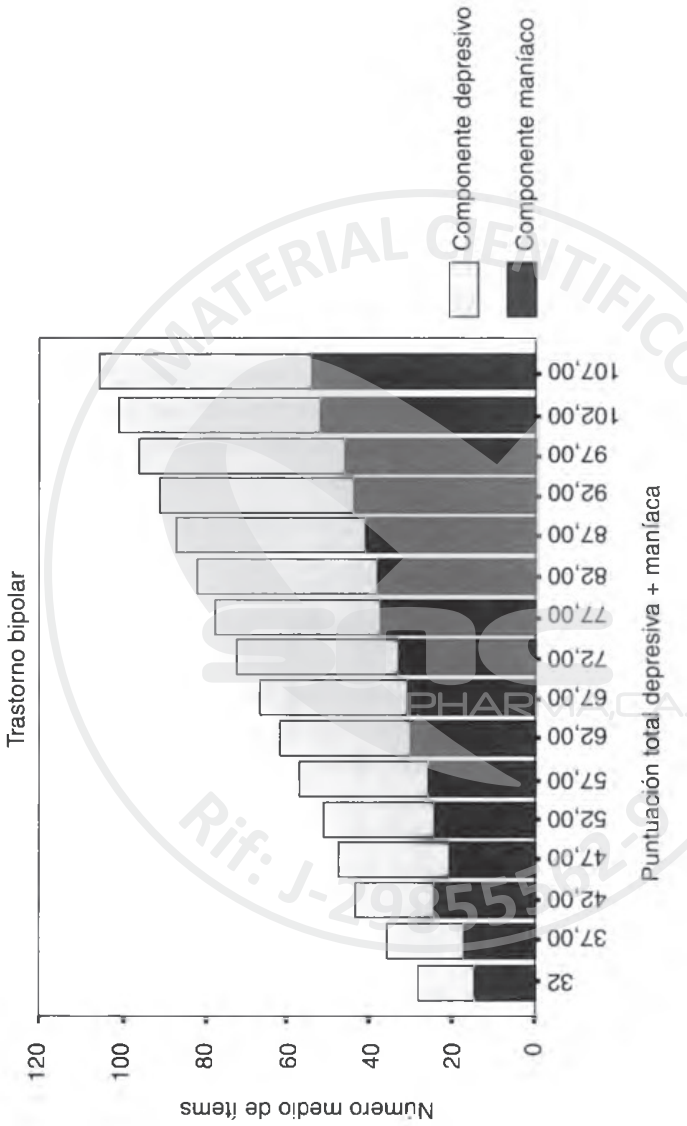


FIGURA 3-2. Asociación entre los componentes del espectro depresivo y maníaco/hipomaníaco en pacientes con trastorno bipolar.

Fuente. Cassano y cols, 2004.

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

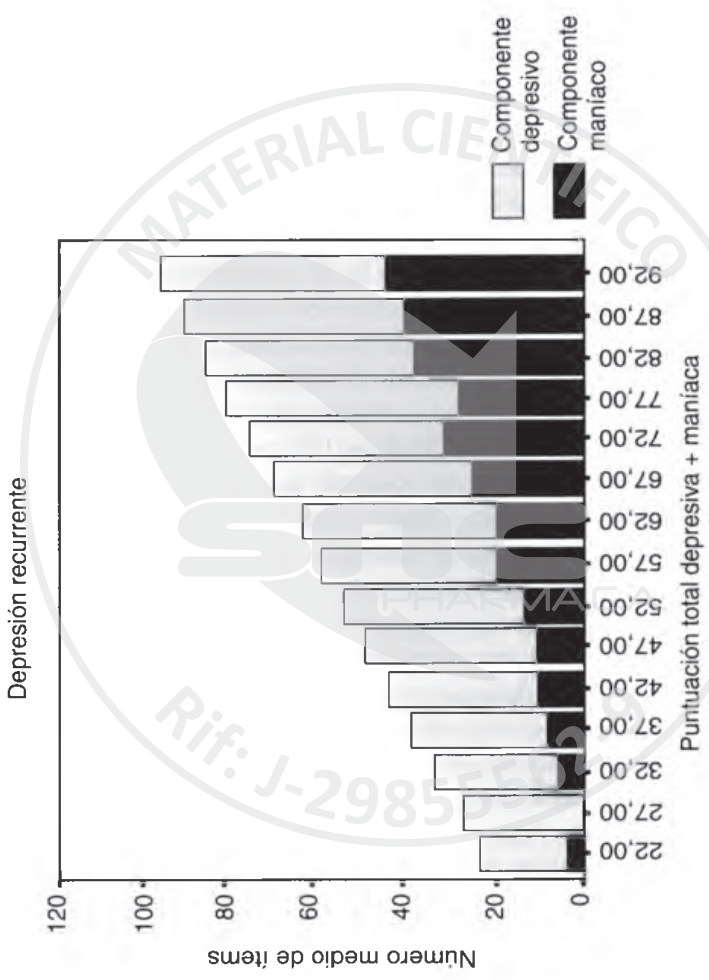


FIGURA 3-3. Asociación entre los componentes del espectro depresivo y maníaco/hipomaníaco en pacientes con depresión unipolar recurrente.

Fuente. Cassano y cols, 2004.

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

consisten en síntomas, aislados o agrupados en el tiempo, y rasgos temperamentales presentes durante toda la vida de un individuo. El MOODS-SR comprende 161 ítems codificados como presentes o ausentes durante uno o más períodos de por lo menos 3-5 días durante la vida. Los ítems están organizados en tres dominios maníacos/hipomaníacos y tres dominios depresivos –cada uno de los cuales explora estado de ánimo, energía y cognición– más un dominio que explora alteraciones de la periodicidad (es decir, cambios del estado de ánimo, la energía y el bienestar físico según el tiempo, la estación, la fase del ciclo menstrual) y de las funciones vegetativas, como sueño, apetito y función sexual. La suma de estas puntuaciones de los tres dominios maníacos/hipomaníacos representa la puntuación del componente maníaco/hipomaníaco, mientras que la suma de las puntuaciones de los tres dominios depresivos representa el componente depresivo.

Examinamos los 68 ítems del MOODS-SR que exploran manifestaciones cognitivas, del estado de ánimo y de energía/actividad asociadas con manía/hipomanía (Dell'Osso y cols., 2002). Se examinaron datos combinados de 617 pacientes con trastornos bipolares, reclutados en las Universidades de Pittsburgh y de Pisa, Italia. Se llevó a cabo un análisis factorial exploratorio clásico, basado en una matriz tetracórica, seguido de un enfoque analítico de factores basado en la teoría de respuesta al ítem (TRI). Inicialmente, se identificaron nueve factores –activación psicomotora, creatividad, inestabilidad mixta, sociabilidad/extroversión, espiritualidad/misticismo/psicoticismo, irritabilidad mixta, sobrevaloración de la autoestima, euforia y despilfarro/temeridad– que representaron, globalmente, el 56,4% de la varianza de los ítems. En un análisis bifactorial basado en la TRI ulterior, sólo se conservaron cinco de estos factores (activación psicomotora, inestabilidad variable, espiritualidad/misticisno/psicoticismo, irritabilidad variada, euforia). Estos análisis confirman el papel central de la activación psicomotora en la manía/hipomanía y avalan las definiciones de componentes maníacos puros (activación psicomotora y euforia) y maníacos variables (inestabilidad variable e irritabilidad mixta), lo que aporta una posible oportunidad para obtener mejores definiciones clínicas y neurobiológicas de pacientes con perfiles específicos.

Estructura factorial del espectro depresivo

Mediante una estrategia similar, efectuamos un análisis factorial de los 74 ítems del MOODS-SR que exploraban manifestaciones cognitivas, del estado de ánimo, de energía/actividad y vegetativas asociadas con depresión (Cassano y cols., 2009a). Se recolectaron datos de 598 pacientes con depresión unipolar a los que se les administró el instrumento en italiano (n = 415) y en inglés (n = 183). Se identificaron seis factores –estado de ánimo deprimido, retardo psicomotor, tendencia suicida, depresión relacionada con fármacos/enfermedad, manifestaciones psicóticas y síntomas neurovegetativos– que representaron, globalmente, el 48,3% de la varianza de los ítems. Un análisis de funcionamiento diferencial de los ítems no reveló diferencias cuantitativas por sexo en las puntuaciones de los factores, pero detectó diferencias cualitativas en la corroboración de los ítems. Estas diferencias fueron "ser indiferente a todo lo que sucedía" y "oír voces", que eran más frecuentes en los hombres, y "llorar con mucha facilidad", "nada que se pone le

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

queda o le sienta bien", "dificultad para excitarse sexualmente", "sentirse fatigada, débil o cansada ante la mínima tarea" y "dificultad para tomar decisiones, incluso menores", que eran más frecuentes en las mujeres.

Agrupación de pacientes con trastorno bipolar I según los niveles de psicopatología de espectros

En estos análisis, buscamos 1) utilizar las evaluaciones del espectro de manía y depresión durante la vida, junto con evaluaciones de cuadros del espectro de ansiedad, para identificar distintos subtipos de pacientes con trastorno bipolar; 2) analizar las relaciones de estos subtipos con variables demográficas y clínicas basales; y 3) determinar si estos subtipos son útiles para predecir la gravedad de la enfermedad, el funcionamiento y la calidad de vida durante el tratamiento (Fagiolini y cols., 2007).

Llevamos a cabo un análisis de clases latentes de 261 adultos con trastorno bipolar utilizando variables de cuatro espectros (es decir, espectro depresivo, espectro de manía/hipomanía, espectro de angustia y espectro obsesivo-compulsivo), dicotomizadas en los niveles establecidos por ROC para psicopatología de los espectros clínicamente significativa. De este grupo, 127 pacientes eran eutímicos en el momento del ingreso en el estudio, y los 134 restantes se encontraban en un estado depresivo (n = 91), maníaco (n = 19), mixto (n = 16), hipomaníaco (n = 4) o no especificado (n = 1). Se halló comorbilidad, con trastorno obsesivo-compulsivo sindrómico y con trastorno de angustia (con agorafobia o sin ella), según el DSM-IV, en 7 y 30 sujetos, respectivamente. El análisis de clases latentes con cuatro variables dicótomas avaló una solución de tres grupos que incluía, respectivamente, 126 (48%), 105 (40%) y 30 (12%) sujetos. El gráfico del perfil de la Figura 3-4 muestra que los participantes asignados al Grupo 1 tenían alta probabilidad de presentar psicopatología del espectro depresivo, maníaco, de angustia-agorafóbico y obsesivo-compulsivo clínicamente significativa. Los participantes asignados al Grupo 2 tenían probabilidades cercanas a 1,0 de presentar psicopatología del espectro depresivo y maníaco clínicamente significativa, una probabilidad de 0,3 de presentar psicopatología del espectro de angustia-agorafóbico y casi ninguna probabilidad de presentar psicopatología del espectro obsesivo-compulsivo clínicamente significativa. El Grupo 3 incluyó a sujetos que, pese a cumplir los criterios de trastorno bipolar, tenían una probabilidad de sólo 0,4 de cruzar el umbral establecido por ROC para cuadros del espectro depresivo clínicamente significativos y una probabilidad muy baja de presentar los otros cuadros de este espectro. Es interesante destacar que observamos diferencias clínicas y demográficas entre los subtipos. Era más probable que los miembros de la Clase 1 fueran mujeres, tuvieran un trastorno bipolar de comienzo temprano y mayor gravedad de la enfermedad, tanto en el momento del ingreso en el estudio como durante éste, como mostraron las puntuaciones de la escala Impresión Clínica Global (CGI, *Clinical Global Impression*). En comparación con los miembros de la Clase 1, los de la Clase 2 presentaban una forma menos grave de trastorno bipolar y una calidad de vida y satisfacción más altas. Era más probable que los miembros de la

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

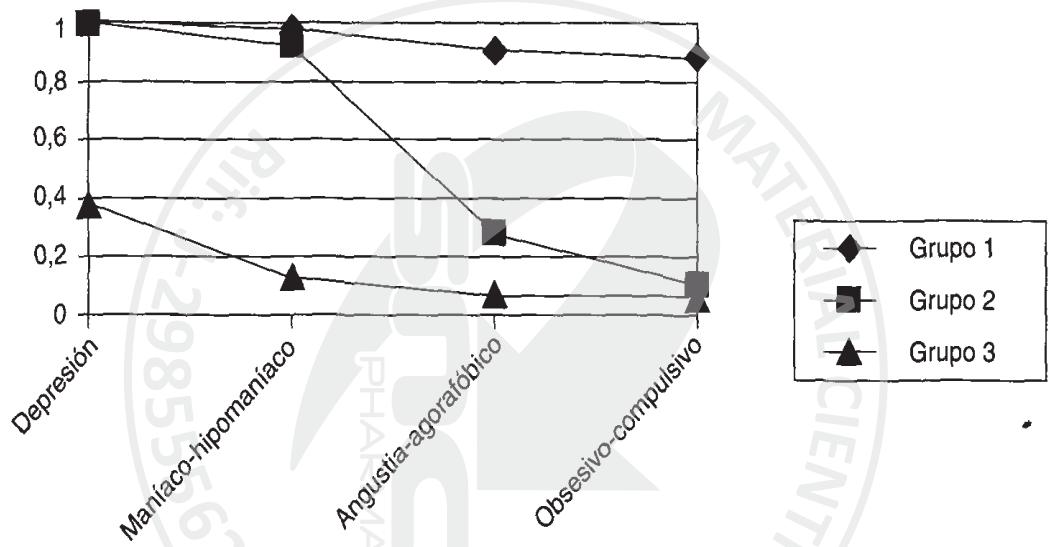


FIGURA 3-4. Gráfico del perfil que muestra la probabilidad de superar el umbral para cuatro espectros durante la vida en tres clases latentes observadas en pacientes con trastorno bipolar.

Grupo 1: BIC = 1063,8; L2 = 181,5378; $p < 0,0001$; error de clasificación = 0. Grupo 2: BIC = 943,2; L2 = 33,1540; $p < 0,001$; error de clasificación = 0,0534. Grupo 3: BIC = 938,8; L2 = 0,9499; $p = 0,51$; error de clasificación = 0,1170.

Fuente. Fagiolini y cols., 2007.

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

Clase 3 fueran hombres, con una edad más avanzada en el momento del comienzo del trastorno que el resto de la muestra, y mejor funcionamiento, con mejor calidad de vida y puntuaciones de CGI menos graves que los miembros de la Clase 1, tanto en el momento del ingreso como durante el estudio.

En cambio, un segundo análisis de clases latentes que usó diagnósticos del DSM-IV durante la vida de trastorno de angustia, fobia social, trastorno de ansiedad generalizada y trastorno obsesivo-compulsivo, dicotomizados como presentes o ausentes, avaló un modelo de dos grupos: uno con 86,5% de los sujetos y un segundo con 13,5% de ellos. La presencia de cualquier trastorno concomitante definía el Grupo 2. Agregar como covariable el estado clínico actual del paciente (deprimido frente a eutímico) del modelo mejoró la correspondencia y determinó una elección más parsimoniosa. De los 436 pacientes con trastorno bipolar, más de un tercio (n = 149, 34%) presentaba ansiedad concomitante, incluido el 10,8% con trastorno de angustia, el 8,9% con fobia social, el 3,6% con trastorno obsesivo-compulsivo y el 19% con cualquiera de los tres trastornos de ansiedad. Era menos probable que los pacientes eutímicos tuvieran ansiedad concomitante.

Concluimos que, en términos de definición de fenotipos de depresión bipolar, el enfoque de evaluación de espectros aporta información más matizada y probablemente más relevante para el tratamiento que el mero interrogatorio acerca de la presencia de diagnósticos categoriales en la anamnesis del paciente.

Conclusión

Consideramos que la decisión final respecto de cómo conceptualizar mejor un diagnóstico se debe basar firmemente en la utilidad clínica, y que el enfoque de espectros satisface esa prueba. Prevemos la utilidad clínica de este enfoque para mejorar la evaluación diagnóstica, detectar grupos para respuesta terapéutica, identificar moderadores de la respuesta terapéutica, caracterizar cuadros subumbral para detección temprana y prevención, fijar umbrales para cambios imagenológicos funcionales y estructurales, y establecer diferentes niveles de vulnerabilidad genética. Además, al revisar la evidencia obtenida hasta la fecha sobre la utilidad del enfoque de espectros, se desprende que estos pueden tener cabida en el DSM-5 junto con los diagnósticos categoriales actuales.

Se pueden aplicar medidas dimensionales a una variedad de interrogantes clínicos y de investigación, y consideramos que estos se pueden adaptar con facilidad para el cribado, como medida durante la vida o como un estado más actual. Estas aplicaciones de cribado podrían aportar información importante para grupos más grandes de trastornos y para determinar el nivel general de gravedad. Las determinaciones diagnósticas categoriales específicas no interfieren con el enfoque de espectros, sino que complementan su utilidad. Las medidas del espectro se pueden adaptar para estudios epidemiológicos y, aun así, permitir que el investigador examine evaluaciones fenotípicas más amplias y más específicas, de estudios de evolución clínica a una caracterización más precisa de pacientes con determinados hallazgos neurobiológicos.

Hemos basado nuestras teorías en un conjunto promisorio de medidas que está potencialmente vinculado con variables biológicas y resultados del tratamiento.

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

Estas medidas permiten apreciar mejor la variabilidad (o fenotipos) de los pacientes y deben posibilitar que el campo mejore su capacidad de lograr la recuperación durable de pacientes con una serie de trastornos y de identificar fenotipos relacionados con marcadores genéticos y cerebrales estructurales o funcionales específicos.

Bibliografía

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 2ª ed. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1968

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3ª ed. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1980

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3ª ed., revisada. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1987

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4ª ed. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4ª ed., texto revisado. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000

Balestrieri M, Rucci P, Sbrana A, et al: Lifetime rhythmicity and mania as correlates of suicidal ideation and attempts in mood disorders. Compr Psychiatry 47:334–341, 2006

Cassano GB, Savino M: Symptomatology of panic disorder: an attempt to define the panic-agoraphobic spectrum phenomenology, in Psychopharmacology of Panic. Editado por Montgomery SA. London, England, Oxford University Press, 1993, pp 38–57

Cassano GB, Banti S, Mauri M, et al: Internal consistency and discriminant validity of the Structured Clinical Interview for Panic-Agoraphobic Spectrum (SCI-PAS). Int J Methods Psychiatr Res 8:138–145, 1999

Cassano GB, Rucci P, Frank E, et al: The mood spectrum in unipolar and bipolar disorder: arguments for a unitary approach. Am J Psychiatry 161:1264–1269, 2004

Cassano GB, Benvenuti A, Miniati M, et al: The factor structure of lifetime depressive spectrum in patients with unipolar depression. J Affect Disord 115:87–99, 2009a

Cassano GB, Mula M, Rucci P, et al: The structure of lifetime manic-hypomanic spectrum. J Affect Disord 112:59–70, 2009b

Dell'Osso L, Cassano GB, Sarno N, et al: Validity and reliability of the Structured Clinical Interview for the Obsessive-Compulsive Spectrum (SCIOBS) and for the Structured Clinical Interview for Social Phobia Spectrum (SCI-SHY). Int J Methods Psychiatr Res 9:11–24, 2000

Dell'Osso L, Armani A, Rucci P, et al: Measuring mood spectrum: comparison of interview (SCI-MOODS) and self-report (MOODS-SR) instruments. Compr Psychiatry 43:69–73, 2002a

Dell'Osso L, Rucci P, Cassano GB, et al: Measuring social anxiety and obsessive-compulsive spectra: comparison of interviews and self-report instruments. Compr Psychiatry 43:81–87, 2002

Dell'Osso L, Pini S, Maggi L, et al: Subthreshold mania as predictor of depression during interferon treatment in HCV+ patients without current or lifetime psychiatric disorders. J Psychosom Res 62:349–355, 2007

Fagiolini A, Dell'Osso L, Pini S, et al: Validity and reliability of a new instrument for assessing mood symptomatology: the Structured Clinical Interview for Mood Spectrum (SCI-MOODS). Int J Methods Psychiatr Res 8:71–81, 1999

Fagiolini A, Frank E, Rucci P, et al: Mood and anxiety spectrum as a means to identify clinically relevant subtypes of bipolar I disorder. Bipolar Disord 9:462–467, 2007

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

Frank E, Grochocinski VJ, Spanier CA, et al: Interpersonal psychotherapy and antidepressant medication: evaluation of a sequential treatment strategy in women with recurrent major depression. J Clin Psychiatry 61:51–57, 2000a

Frank E, Shear MK, Rucci P, et al: Influence of panic-agoraphobic spectrum symptoms on treatment response in patients with recurrent major depression. Am J Psychiatry 157:1101–1107, 2000b

Frank E, Cyranowski JM, Rucci P, et al: Clinical significance of lifetime panic spectrum symptoms in the treatment of patients with bipolar I disorder. Arch Gen Psychiatry 59:905–911, 2002

Frank E, Cassano GB, Rucci P, et al: Predictors and moderators of time to remission of major depression with interpersonal psychotherapy and SSRI pharmacotherapy. Psychol Med, April 12, 2010 (Publicación electrónica antes de la edición impresa)

Kessler RC, Merikangas KR, Berglund P, et al: Mild disorders should not be eliminated from the DSM-V. Arch Gen Psychiatry 60:1117–1122, 2003

Mauri M, Borri C, Baldassari S, et al: Acceptability and psychometric properties of the Structured Clinical Interview for Anorexic-Bulimic Spectrum (SCI-ABS). Int J Methods Psychiatr Res 9:68–78, 2006

Piccinni A, Maser JD, Bazzichi L, et al: Clinical significance of lifetime mood and panic-agoraphobic spectrum symptoms on quality of life of patients with rheumatoid arthritis. Compr Psychiatry 47:201–208, 2006

Sbrana A, Dell'Osso L, Gonnelli C, et al: Acceptability, validity and reliability of the Structured Clinical Interview for the Spectrum of Substance Use (SCI-SUBS): a pilot study. Int J Methods Psychiatr Res 12:105–115, 2003

Sbrana A, Dell'Osso L, Benvenuti A, et al: The psychotic spectrum: validity and reliability of the Structured Clinical Interview for the Psychotic Spectrum. Schizophr Res 75:375–387, 2005

Shear MK, Frank E, Rucci P, et al: Panic-agoraphobic spectrum: reliability and validity of assessment instruments. J Psychiatr Res 35:59–66, 2001

Spectrum Project: The Spectrum Project: 1995–2006. Disponible en: http://www.spectrum-project.org. Consultado el 15 de junio de 2010

Wildes JE, Gaskill JA, Ringham R, et al: Mood spectrum psychopathology in patients with anorexia nervosa. Compr Psychiatry 48:413–418, 2007

World Health Organization: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10ª revisión. Geneva, World Health Organization, 1992

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

CAPÍTULO 4

METAEFECTOS DE LA CLASIFICACIÓN DE TRASTORNOS MENTALES

Norman Sartorius, M.D., Ph.D., F.R.C.Psych.

MATERIAL CIENTIFICO SNC PHARMA,C.A. Rif: J-29855562-9

En una reunión convocada por Joe Zubin en 1959, C.G. Hempel presentó su artículo sobre clasificación. Durante la discusión que siguió, A. Lewis sugirió la necesidad de distinguir dos tipos de clasificaciones de trastornos mentales (Fulford y Sartorius, 2009): un tipo consiste en las clasificaciones *públicas*, que deben servir para mejorar la comunicación entre todos los interesados y podrían ser las mejores para emplear en investigación epidemiológica y de otro tipo, en la que los investigadores deseen hacer que sus hallazgos sean comprensibles y comparables con los hallazgos de otros científicos; y el otro tipo, las clasificaciones *privadas*, que satisfacen las necesidades de grupos particulares que han llegado a un acuerdo sobre el uso de nombres para categorías y su contenido. Las clasificaciones públicas deben "evitar categorías basadas en conceptos teóricos" y ser "operativas y descriptivas", porque eso posibilitaría, por ejemplo, comunicar y comparar resultados de estudios epidemiológicos.

Una clasificación pública de trastornos mentales debe satisfacer requerimientos científicos, de salud pública y prácticos. Los requerimientos científicos comprenden

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

la necesidad de que la clasificación refleje evidencia científica; la necesidad de satisfacer exigencias taxonómicas (p. ej., que las categorías de la clasificación deben ser mutuamente excluyentes y en conjunto exhaustivas; es decir, deben permitir la ubicación de cada uno de los objetos de la clasificación en una sola categoría, y el total de las categorías debe posibilitar ubicar todos los objetos clasificados); y un esfuerzo por preservar la continuidad entre las revisiones de la clasificación, de manera de permitir comparaciones a lo largo del tiempo (Sartorius, 1976, 1978). Los requerimientos prácticos y de salud pública consisten en la necesidad de lograr que las clasificaciones sean fáciles de aplicar en la práctica; la necesidad de garantizar que la clasificación pública esté relacionada con clasificaciones "privadas" (y que puede ser traducida a diferentes idiomas y a clasificaciones utilizadas por otras profesiones, por ejemplo, enfermeros de psiquiatría); y la necesidad de que reflejen la experiencia, en particular si no se dispone de evidencia. Hasta ahora, en la clasificación de trastornos mentales, los requerimientos prácticos han sido más fáciles de cumplir que los científicos: el conocimiento acerca de la patogenia de los trastornos mentales todavía es insuficiente para regir la estructura de la clasificación, y el cumplimiento de algunos de los requerimientos taxonómicos habría determinado que la clasificación fuera menos fácil de usar y, por lo tanto, improbable que se aplicara en forma general.

El propósito de la *Clasificación Internacional de Enfermedades* (CIE), desde su versión original hasta su revisión más reciente, CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1992), fue facilitar la comunicación de los hallazgos y sus comparaciones. La CIE se debe considerar un ejemplo típico de una clasificación pública que categoriza los datos de una manera que permite que todos los interesados –gobiernos, investigadores y médicos en ejercicio– conozcan y comparen hechos relevantes para la atención médica. Al comienzo, la CIE no era más que una lista de categorías que agrupaba las causas de muerte. Gradualmente, la competencia de la CIE se amplió para incluir enfermedades, razones de contratación de servicios, discapacidad, intervenciones médicas y otros hechos de importancia para planificadores y profesionales de servicios de salud (Sartorius, 1995).

La clasificación de las enfermedades, incluida la CIE, se crean para facilitar la comunicación acerca de actividades de los servicios de atención médica y estimaciones epidemiológicas de parámetros de las enfermedades (p. ej., sus frecuencias) en poblaciones. Sin embargo, las clasificaciones y sus producciones también tienen otros usos y efectos. Las clasificaciones contribuyen a definir las disciplinas médicas, incluida la psiquiatría. Se las puede utilizar como base para medidas de los seguros de salud y de salud pública relacionadas. Asimismo, pueden ejercer efectos significativos sobre las imágenes de las disciplinas médicas y sobre las percepciones de la gente con enfermedades incluidas en estas clasificaciones. Por lo general, las clasificaciones, que se usan como bases para capacitar al personal sanitario, se convierten en plataformas para la acción y el aprendizaje en etapas ulteriores de la vida. Por último, las clasificaciones también pueden definir orientaciones de investigación y, a veces, limitan exploraciones científicas innovadoras que atraviesan las categorías de las clasificaciones. En este capítulo, examino estos efectos remotos de las clasificaciones de los trastornos mentales. Sin embargo, antes de hacerlo, analizo sucintamente cuatro problemas que enfrentan los marcadores de las clasificaciones de trastornos mentales.

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

Problemas que enfrentan los marcadores de las clasificaciones de trastornos mentales

¿Qué se debe agrupar?

El idioma inglés se da el lujo de elegir entre cuatro términos para enfermedades (*maladies*) psiquiátricas. Si bien estas palabras se utilizan sin excesivo rigor, tienen diferentes acepciones: la experiencia subjetiva de una persona que presenta el trastorno (*illness*), el sustrato médico de la enfermedad (*disease*) y el reconocimiento social de la enfermedad (*sickness*), que permite, por ejemplo, determinar beneficios de la enfermedad (Sartorius, 2002). En el idioma español, hay una sola palabra para traducir estos tres términos: enfermedad. El problema que asedia a la psiquiatría –o que, por lo menos, se reconoce mejor en la psiquiatría que en otras disciplinas médicas– es que las áreas cubiertas por estos tres términos se superponen sólo en parte. Algunas personas se sienten enfermas (*ill*), aunque no es posible detectar un sustrato médico, un daño tisular, que justifique el uso de la palabra *disease*, mientras que algunas personas con *enfermedades (diseases)* que presentan daño tisular importante u otros hallazgos médicos no se sienten enfermas (*ill*). Algunas personas son declaradas *enfermas (sick)*, y se les indica tratamiento, aunque no tienen signos de *enfermedad (disease)* ni se sienten *enfermas (ill)*, un triste fenómeno que alcanza su súmmum en el abuso de la psiquiatría para fines políticos. No siempre queda claro qué se debe agrupar en una clasificación: la CIE-10 ha rotulado como *trastornos* los cuadros observados en la práctica psiquiátrica, un término vago que denota la superposición incompleta de los tres significados de enfermedad (*malady*) recién descritos (Organización Mundial de la Salud, 1992).

Casos y diagnósticos

Un segundo problema que debe enfrentar la psiquiatría (y sus clasificaciones) es que hay una diferencia entre un diagnóstico psiquiátrico y un "caso". Que alguien sea un "caso" depende del propósito de esta calificación. Así, en estudios epidemiológicos, un *caso* se podría definir de manera diferente que un "caso" en la evaluación de servicios psiquiátricos o en la estimación de la necesidad de servicio o intervención. La diferencia entre un "caso" y un diagnóstico psiquiátrico reside en el uso de las tres dimensiones de "caso": 1) el conjunto de síntomas que la psiquiatría considera como la enfermedad; 2) el distrés que presenta un individuo que tiene la enfermedad[1]; y 3) la discapacidad –el deterioro del funcionamiento– que provoca la enfermedad, en el contexto de la situación existencial de

[1] En algunos casos, el distrés es experimentado por la familia u otros que rodean a la persona con la enfermedad y no por la persona; esto es lo que se observa en casos de episodios maníacos, durante los cuales los pacientes a menudo no se sienten enfermos ni presentan distrés en absoluto.

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

un individuo, sus rasgos de personalidad y, posiblemente, enfermedades concomitantes. Nuevamente, la superposición entre el síndrome, el distrés y el deterioro funcional puede ser significativa, parcial o inexistente. Algunos individuos con una forma particular de una enfermedad están incapacitados por esta, mientras que otros, no. Algunas personas presentan distrés intenso, pero no muestran los síntomas necesarios para satisfacer la definición de una enfermedad. Una persona que descubre una verruga de color negro podría manifestar intenso distrés porque teme que sea un estadio temprano de un melanoma que se propagará con rapidez, aunque no está incapacitada ni tiene una enfermedad. Otras personas podrían presentar un nivel grave de discapacidad, pero tener escasos síntomas de una enfermedad. El conjunto de síntomas, discapacidad y distrés se puede medir, cada uno, en términos de gravedad, y es probable que la gravedad extrema de cualquiera de las tres dimensiones del caso determine que esas personas (o los encargados de su cuidado) soliciten atención en servicios de salud u otros que los rodean aunque no tengan un diagnóstico (sintomático).

En algunas clasificaciones de trastornos mentales –sobre todo, el *Diagnostic and Statitical Manual of Mental Disorders* (DSM)–, la definición de un trastorno mental requiere la presencia de síntomas, discapacidad y distrés. Esta es una solución problemática, debido a la evidencia creciente de que el deterioro funcional de las personas con trastornos mentales depende mucho más de la clase social, sus puntos fuertes personales, las expectativas culturales y otros factores que de la enfermedad sola. La CIE recomienda a los que consultan el capítulo de trastornos mentales que no utilicen *discapacidad* (*deterioro funcional* en el lenguaje del DSM) para efectuar un diagnóstico de trastornos mentales, porque la discapacidad depende, en gran medida, del medio social de la persona que presenta la enfermedad. Sin embargo, la CIE también usa deterioro del desempeño de funciones básicas (p. ej., cuidado de uno mismo) como un criterio para algunos cuadros (p. ej., demencias). A menudo, los médicos intentan ayudar a las personas que solicitan atención por distrés intenso, pero que no presentan discapacidad ni síntomas suficientes para que se les diagnostique un trastorno mental. El interrogante que habrá que resolver pronto, para infomar a quienes elaboran la CIE-11 y el DSM-5, es si las clasificaciones deben agrupar términos diagnósticos o "casos" observados en la práctica psiquiátrica y médica general.

Consecuencias de la ignorancia acerca de la patogenia de los trastornos mentales

Otro problema importante para los que elaboran clasificaciones son las relaciones entre los trastornos que deben ser agrupados. Dos, o más de dos, eventos mórbidos se pueden considerar partes del mismo trastorno si su patogenia es la misma. Por lo tanto, si la patogenia de la depresión y de la ansiedad es la misma, los dos cuadros se deben considerar uno solo, no concomitantes, pese a que sus cuadros clínicos sean diferentes. Por ejemplo, en la CIE-10, la retinopatía, la neuropatía periférica, la polidipsia y la cetoacidosis se agrupan todas en categorías asignadas a diabetes porque comparten una patogenia común. El término *comorbilidad* se debe reservar para casos en los que hay dos eventos mórbidos de dife-

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

rente patogenia en el mismo individuo, al mismo tiempo. La patogenia de la mayoría de los trastornos mentales es, todavía, un tema de especulación y, en gran medida, sigue siendo desconocida. En consecuencia, por ahora, la clasificación tiene diferentes categorías para cuadros que podrían tener la misma patogenia, y viceversa, la clasificación agrupa erróneamente en la misma categoría trastornos de diferente patogenia. La misma situación se aplica a la incertidumbre acerca de la manera de manejar la reaparición de eventos mórbidos que tienen síntomas similares en la misma persona: si la patogenia de los eventos mórbidos determina el mismo cuadro clínico en cada ocasión, la clasificación debe ubicarlos en la misma categoría y contarlos, con fines epidemiológicos y terapéuticos, como un trastorno. Si la patogenia es diferente en cada ocasión (aunque el cuadro clínico y los síntomas puedan ser los mismos), los eventos no deben ser contados como episodios de los mismos trastornos, sino como enfermedades independientes, de modo similar a las lesiones que pueden sobrevenir por diferentes razones muchas veces a lo largo de la vida.

Por ahora, se ha decidido clasificar las enfermedades psiquiátricas por sus síntomas; esta decisión no es necesariamente la mejor, pero parece ser la única posible en el estado actual de nuestra ignorancia. Esta elección tiene la ventaja de que la agrupación de los trastornos se puede efectuar de manera fiable; algunas de sus desventajas son que es posible que una clasificación de este tipo se materialice y se asuma que refleja el orden natural de las cosas, aunque no sea más que una hipótesis sobre el carácter real de los trastornos mentales creada sobre la base de la evidencia disponible en un momento (Sartorius, 1988). Cuando sucede esto, la clasificación puede, de hecho, obstaculizar la exploración de procesos patogénicos involucrados en los síndromes que los criterios operativos modernos han ubicado juntos en categorías.

Superposición entre variantes del modo de vida, deterioro y trastornos mentales

Las variantes del modo de vida y la conducta que se observan en individuos con trastornos mentales se pueden superponer. Personas, como los famosos *clochards* (mendigos) de París, que han elegido vivir en la calle sin domicilio permanente y dependen de la caridad pública, a menudo no tienen trastornos mentales demostrables; sin embargo, en algunos países el vagabundeo se ha incluido como una categoría en la clasificación de trastornos mentales. Asimismo, en los últimos años hemos observado la exclusión de la homosexualidad de la clasificación de trastornos mentales en la CIE-10 y en algunas clasificaciones nacionales, mientras que en otras, la homosexualidad todavía figura como un trastorno mental que requiere tratamiento psiquiátrico. Los hermafroditas han expresado sus protestas porque su cuadro se describe como un trastorno del desarrollo sexual (Karkazis y Feder, 2008). Los individuos con discapacidad intelectual se oponen al concepto de que sus cuadros se deban clasificar en el capítulo de trastornos mentales de la CIE bajo la denominación de retraso mental. En algunos países, la conducción imprudente ha comenzado a considerarse una expresión de un trastorno mental que debe ser eliminada mediante psicoterapia. Estos ejemplos de cuadros

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

que se han colocado en la clasificación de trastornos mentales o se han eliminado de esta ilustran una dificultad específica de los marcadores de clasificaciones de este tipo.

Áreas de programas de salud mental afectados por la clasificación de trastornos mentales y sus revisiones

Identidad de la psiquiatría

Una disciplina médica se define por los trastornos que trata, por los métodos que usa para tratar estos trastornos y por la duración necesaria para aprender cómo utilizar estos métodos de tratamiento. Por lo tanto, cualquier análisis de una clasificación de trastornos mentales también es un análisis de la identidad de la psiquiatría. La clasificación indica si un trastorno particular "pertenece" a la psiquiatría, y la totalidad de los trastornos incluidos en una clasificación de trastornos mentales define los límites de la psiquiatría. Si todos los trastornos incorporados actualmente en la clasificación de trastornos mentales se trasladasen a otros capítulos de una clasificación de enfermedades, la psiquiatría dejaría de existir.

Esta relación entre la clasificación de trastornos mentales y la identidad de la psiquiatría –y, por consiguiente, también de los psiquiatras– garantiza que una discusión acerca de la clasificación será de gran interés para los psiquiatras, despertará emociones y causará intensos debates y ansiedades. Por supuesto, los clínicos que representan otras disciplinas médicas también están interesados en la cuestión, porque la definición del territorio de una disciplina suele afectar los territorios de las demás.

La controversia que rodea al concepto de trastornos subumbrales ejemplifica la manera en que la clasificación de trastornos mentales influye en la definición de la disciplina de la psiquiatría.[2] La existencia de trastornos subumbrales es consecuencia de la aplicación de criterios operativos que definen categorías de trastornos mentales sobre la base de un consenso y no sobre la base de evidencia. Enfrenta a los psiquiatras con un problema que será difícil de resolver. Tal y como están las cosas, es evidente que los psiquiatras que asisten a personas que no tienen una enfermedad (pero sí un trastorno subumbral) podrían ser considerados charlatanes fraudulentos porque tratan a personas que no presentan trastornos. Sin embargo, si estos psiquiatras no ayudan a las personas que los consultan por trastornos subumbrales –por ejemplo, personas que no muestran muchos síntomas, pero refieren intenso distrés– no cumplen su rol de buenos médicos. Asimismo,

[2] El término *trastornos subumbrales* se originó cuando se "operativizó" la clasificación de trastornos mentales; es decir, cuando la Asociación Americana de Psiquiatría publicó el DSM-III (American Psychiatric Association, 1980), en el que cada categoría de la clasificación se presentaba con una descripción de los criterios que debían ser cumplidos para ubicar un trastorno en esa categoría.

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

los problemas relacionados con los trastornos subumbrales están cerca de los problemas relacionados con estados que presentan cierta similitud con trastornos mentales pero se consideran diferentes de ellos y, por lo tanto, no deben recibir tratamiento psiquiátrico, como las reacciones de duelo, así como el excesivo fervor religioso y el comportamiento relacionado (p. ej., autoflagelación e, incluso, crucifixión).

Los psiquiatras, así como otros médicos, a menudo ven a pacientes que solicitan ayuda por problemas que podrían causar distrés o deterioro funcional. Los psiquiatras los examinan e indican tratamiento que no es necesariamente diferente del que se le prescribiría a un paciente con trastorno "por encima del umbral". Estos médicos están ayudando a personas con distrés o discapacidad, pero que no tienen todos los síntomas seleccionados para definir una categoría. En otras disciplinas médicas, el umbral de enfermedades médicas se suele expresar en términos de hallazgos de laboratorio o resultados de diversos exámenes que aportan "datos duros", como los obtenidos con equipos de rayos X o de otros estudios imagenológicos. La psiquiatría no cuenta con esta ventaja, y ayudar a personas que no cumplen criterios (¡establecidos por psiquiatras!) de enfermedad puede llevar con facilidad a la acusación de que la psiquiatría medicaliza los problemas de la vida cotidiana, de manera que los que ejercen esta especialidad puedan ganar dinero.[3]

Otro ejemplo del efecto de los cambios de la clasificación para definir la disciplina de la psiquiatría es la eliminación de la "paresia progresiva del insano" de la clasificación de trastornos mentales (ubicada, en la actualidad, en el capítulo de enfermedades transmisibles, porque es una forma tardía de la sífilis). De hecho, al eliminar la enfermedad del capítulo "perteneciente" a la psiquiatría, se ha declarado de manera no oficial que la disciplina es incapaz de manejar los síndromes conductuales causados por una enfermedad transmisible.

El segundo factor descriptivo de una disciplina –una definición de los métodos que emplearán sus profesionales– también depende de definir los trastornos y sus agrupaciones en la clasificación. Si los trastornos que se agrupan en una categoría (porque presumiblemente tienen la misma patogenia) no responden de la misma manera a los métodos de tratamiento que define la psiquiatría, es lícito dudar de la eficacia de estos métodos y, por implicación, de la justificación de la existencia de la disciplina que los aplica. Johannes Reil, quien introdujo el término *psychiaterie* hace alrededor de 200 años, argumentó que la disciplina de la psiquiatría se debía crear para demostrar que los trastornos mentales no eran fallas morales ni consecuencias de la magia negra, sino enfermedades como otras cualesquiera, y que, por lo tanto, era necesario crear una disciplina médica que demostrara que las enfermedades tanto del cuerpo como de la mente son el tema legítimo de la medicina (Marneros, 2004). Los métodos empleados en el tratamiento de enfermedades físicas tienen similar efectividad para todos los trastornos agrupados en una categoría de la clasificación. Si esto no es así para la psiquia-

[3] Es cierto que otras disciplinas médicas manejan enfermedades en las que el diagnóstico se basa, principalmente, en los síntomas del paciente (p. ej., migraña y algunas otras formas de cefalea), pero la cantidad de este tipo de cuadros en otros capítulos de la clasificación de enfermedades es mucho menor que en la psiquiatría.

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

tría, se vuelve difícil considerarla una disciplina similar a sus hermanas en la práctica de la medicina.

La vaguedad de los límites de los trastornos psiquiátricos y de las categorías en las que se los coloca, así como la reticencia a definir con precisión qué métodos de tratamiento deben aplicar, o no, los psiquiatras, ha permitido la aparición de discusiones territoriales con profesionales de disciplinas no médicas y otros; por ejemplo, profesionales de medicina alternativa. Estas discusiones son bastante más importantes en el campo de la psiquiatría que en otras áreas de la medicina. A menudo, estas cuestiones se resuelven políticamente, y los encargados de la toma de decisiones desestiman la opción de evaluar qué grupo profesional está mejor calificado para prestar asistencias y decidir, sobre la base de esa evidencia, en qué debe actuar cada uno.

Recursos económicos para la atención médica de personas con trastornos mentales

En los Estados Unidos, la reciente decisión de introducir paridad en el reintegro de gastos de atención médica para trastornos mentales y físicos se consideró, con justicia, un paso importante para el tratamiento más equitativo de las personas con enfermedad mental. Los individuos con cuadros ubicados por fuera del capítulo del DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) sobre psiquiatría no han tenido ninguna desventaja en términos de reintegro, aun cuando sus cuadros fueran trastornos que, en otras clasificaciones, pertenecerían al capítulo que agrupa trastornos mentales (p. ej., trastorno disfórico premenstrual y síndromes de fatiga postviral). Por el contrario, en algunos países –por ejemplo, de Europa Oriental y en Vietnam– se tratan en forma gratuita los trastornos mentales *psicóticos*, mientras que los pacientes tienen que pagar por el tratamiento de otros trastornos mentales y por la mayoría de los físicos. A menudo, los psiquiatras han indicado que los pacientes presentaban psicosis, de manera de garantizar el tratamiento gratuito, aunque sabían que tenían otros cuadros.

Estos ejemplos indican la influencia de una clasificación sobre el financiamiento de la atención médica en un nivel individual. En el plano de las decisiones de una sociedad sobre la atención médica, una clasificación también desempeña un papel importante. Durante la preparación de la CIE-10, hubo un vasto e intenso debate acerca de la ubicación de los trastornos cerebrovasculares. Los neurólogos argumentaban que las consecuencias del accidente cerebrovascular tornaba muy probable que estos pacientes quedaran en su ámbito de atención; los cardiólogos argumentaban que los cuadros se debían a daño vascular, y por lo tanto, se los debía incluir en el capítulo sobre trastornos cardiovasculares. Sin embargo, la base de la discusión no era exclusivamente científica. Muchos gobiernos toman decisiones acerca de la distribución de recursos sobre la base de las cifras de mortalidad. En los programas nacionales de salud, se otorgan prioridades más altas a las enfermedades que matan a más personas y, por consiguiente, se les asignan más recursos. Los trastornos cardiovasculares son una causa importante de mortalidad; por ende, su ubicación en la clasifica-

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

ción destaca la importancia de la disciplina que trata a personas con la enfermedad que provoca la muerte.[4]

En algunos casos, cuando resultó demasiado difícil decidir dónde ubicar una enfermedad, se introdujo una disposición especial en la CIE-10: el mismo cuadro figuraba en dos capítulos. Una de las ubicaciones llevaba el signo de una daga, que indicaba que la muerte secundaria a esa enfermedad se debía codificar en ese capítulo, mientras que la otra ubicación se marcaba con un asterisco, que indicaba que la atención prestada a una persona con la enfermedad se debía codificar en ese capítulo. Así, por ejemplo, la demencia encontró su lugar como causa de muerte en el capítulo de trastornos neurológicos y como causa de tratamiento, en el capítulo de trastornos psiquiátricos.

La definición de categorías afecta la estimación de prevalencia de trastornos, otra dimensión que los encargados de tomar decisiones consideran al evaluar la prioridad y el financiamiento de la atención médica. Una amplia definición de una categoría aumentará la cantidad total de casos que se puede considerar que requieren atención; estrechar una categoría (es decir, establecer criterios más estrictos) disminuirá las estimaciones de prevalencia e incidencia de los cuadros ubicados en esta y ejercerá una influencia negativa sobre la prioridad otorgada a la disciplina responsable de la atención de personas con estas enfermedades.

El HIV/sida representa otro ejemplo del papel que podría tener una clasificación en la asignación de recursos. Aunque el HIV es un virus neurótropo y las personas con sida suelen presentar depresión, y en etapas evolutivas más tardías de la enfermedad, demencia, tanto esta última como la encefalopatía relacionadas con HIV están incluidas en el capítulo de enfermedades infecciosas; los estados depresivos observados en el curso de la enfermedad no están identificados de manera específica. Los recursos asignados a la lucha contra el HIV/sida han sido vastos, pero no es fácil dirigir una cantidad razonable de dichos recursos a la investigación sobre componentes psiquiátricos y neurológicos del síndrome o a la prestación de atención a individuos con problemas psiquiátricos y neurológicos vinculados con HIV/SIDA. A menudo, los investigadores de África incluyen una referencia a HIV/SIDA en propuestas de subsidios para investigación y servicios de salud mental, porque esto facilita considerablemente la obtención de fondos; así, obtendrán fondos que no les llegarían si escribieran sus propuestas sin mencionar el SIDA.

Estos ejemplos ilustran el efecto de una clasificación sobre el reintegro y sobre decisiones acerca de la prioridad de programas de salud. A los ojos de los que deciden, la psiquiatría se ocupa de trastornos que no son muy frecuentes, son duraderos y, por lo general, no responden al tratamiento. No se considera que los trastornos psiquiátricos contribuyan a la mortalidad: el suicidio y los actos violentos vinculados a trastornos mentales no figuran en el capítulo de trastornos mentales, sino en uno diferente. Por lo tanto, la mortalidad secundaria a estas causas

[4] Por último, el accidente cerebrovascular se ubicó en el capítulo de enfermedades cardiovasculares, y sus consencuencias, como hemiparesia, en el capítulo de neurología. Por consiguiente, al calcular la mortalidad, el accidente cerebrovascular se comunica como una enfermedad cardiovascular.

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

en general no ingresa en la toma de decisiones como argumento para una prioridad más alta de programas de salud mental.

La imagen de la psiquiatría

Durante un período prolongado, la mayoría de la población (incluida una parte considerable de los profesionales de la salud y los encargados de las decisiones políticas) consideró que la mayoría de las enfermedades mentales eran incurables. Se opinaba que las personas que las padecían eran de escaso valor para la sociedad y, como no eran curables, parecía lógico que la sociedad se mostrara reticente a invertir dinero en la prestación de atención adecuada o a subvencionar una disciplina médica que parecía incapaz de disminuir la prevalencia de enfermedades mentales o de mejorar su evolución. Por lo tanto, las principales razones para asignar alguna subvención era la obligación de una sociedad de ayudar a sus miembros débiles y la necesidad de proteger a la sociedad de los hechos indeseables ocasionados por los enfermos mentales. El imperativo ético –ayudar a los miembros de la sociedad que son débiles o que presentan distrés– a menudo se perdió al competir con otras causas de acción social. La segunda razón para la acción –proteger a la sociedad– fue satisfecha mediante medidas tales como reclusión u hospitalización involuntaria de los enfermos mentales, a menudo en condiciones que acelerarían su fallecimiento. Se consideraba que los psiquiatras eran ineficaces en el tratamiento de la enfermedad mental y que servían, fundamentalmente, como custodios de los pacientes institucionalizados. Con el advenimiento del psicoanálisis, los psiquiatras comenzaron a ser considerados un lujo al que podía acceder la gente adinerada para descargar sus preocupaciones. No era infrecuente que se pensara que los psiquiatras tenían enfermedades similares a las observadas en sus pacientes: esta opinión ha sido otra parte de la imagen bastante pobre de la psiquiatría.

La clasificación de trastornos mentales también interviene en la estigmatización de la disciplina de la psiquiatría. Esto comienza con la educación médica y la perplejidad de los estudiantes de medicina, que no comprenden por qué deben aprender acerca de 670 trastornos (en la actualidad, la cantidad de categorías utilizada para la clasificación de trastornos mentales según la CIE-10) cuando hay tan pocos tipos de medicaciones (es decir, antidepresivos, antipsicóticos, tranquilizantes y estimulantes) utilizados para el tratamiento de todos estos trastornos. Según la perspectiva de un estudiante de medicina, los psiquiatras que han creado una clasificación de este tipo no pueden ser médicos orientados al ejercicio profesional, una impresión que se refuerza cuando los estudiantes escuchan acerca de cuestiones sobre la duración necesaria de la psicoterapia psicoanalítica y el abuso de la psiquiatría con fines políticos. La vaguedad del lenguaje empleado por algunos psiquiatras para describir las categorías de su clasificación de trastornos mentales (y los principios empleados para efectuarla) es, para estos estudiantes, una confirmación adicional de que los psiquiatras en realidad no son médicos ni consultores particularmente útiles. Una vez que los estudiantes completan su capacitación médica, los graduados suelen mantener sus opiniones acerca de diversas disciplinas médicas, incluida la psiquiatría, y contribuyen a la mala imagen que esta tiene para el público general.

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

La eliminación de categorías de trastornos mentales de la clasificación de trastornos mentales en cuanto se halla la causa de éstos (p. ej., la demencia por sida y la paresia general en el capítulo de enfermedades transmisibles) refuerza la duda de que la psiquiatría sea una disciplina médica. El argumento es que, si fuera una verdadera disciplina médica, los cuadros que tienen síntomas de presentación psiquiátricos pero son el resultado de una enfermedad "real" (física), deberían ser tratados por psiquiatras, al igual que otros trastornos para los que todavía no hay certeza acerca de una causa física. La duda acerca de si la psiquiatría forma parte de la medicina también aumenta por la reticencia de los psiquiatras a ocuparse de la enfermedad física. La existencia de especialistas en "psiquiatría de consulta" o "psiquiatría de enlace" es una triste confirmación de esta actitud. No hay ninguna especialidad "ortopedia de consulta" ni "oftalmología de enlace": se supone que un cirujano ortopédico conoce bastante acerca de los problemas ortopédicos que podrían surgir en la práctica de otros médicos, y lo mismo es válido para el oftalmólogo, del que se espera que pueda manejar problemas concernientes a su disciplina, independientemente de la sala donde esté hospitalizado el paciente. Por el contrario, entre los psiquiatras, sólo muy pocos –los psiquiatras de enlace– parecen capaces de manejar la enfermedad mental, y estar dispuestos a hacerlo, en pacientes que también presentan una enfermedad somática.

A los medios de comunicación y al público en general, les agradan las clasificaciones simples y que les informan qué clase de intervenciones tienen probabilidad de ser útiles. Las quemaduras se dividen por su gravedad en cuatro grupos, definidos por su riesgo para la vida y la probabilidad de reparación. El cáncer, así como el dolor por cáncer, se ha clasificado en grupos definidos que están estadificados, y los estadios se han vinculado con tratamientos específicos. Las enfermedades transmisibles se dividen según el microorganismo que las causa. Una serie de enfermedades óseas y articulares se han definido con precisión de un modo que facilita el tratamiento. Durante mucho tiempo, la psiquiatría no aportó instrucciones claras y simples acerca de la ubicación de diagnósticos en categorías de una clasificación de trastornos mentales. En el pasado, varios trastornos psiquiátricos se definieron de manera operativa, pero hasta la aparición del DSM-III no había ninguna clasificación ampliamente aceptada que estableciera con claridad criterios para ubicar un trastorno en una categoría. Aún resta por dar el siguiente paso: suministrar una especificación clara de los métodos que deben usarse para el tratamiento de trastornos que están claramente definidos. Esto no será fácil de hacer; aunque hay numerosas pautas detalladas para el tratamiento de trastornos mentales, no todas dicen lo mismo. Muchas de las pautas expresan los conceptos de sus autores, sin importar lo que otros autores dijeron (o hallaron); esta es una situación similar a la descrita por Stengel en la década de los sesenta, cuando observó que "cualquier psiquiatra que se precie de tal crea una clasificación de trastornos mentales" (Stengel, 1959). Medio siglo después de la sugerencia de Sir Aubrey Lewis de que una clasificación pública debe tener categorías definidas operativamente, hay una coincidencia casi universal sobre la necesidad de tener una clasificación con definiciones operativas de los trastornos mentales aplicable a la práctica clínica cotidiana, y existe bastante coincidencia sobre los criterios que se

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

deben emplear. Es de esperar que la coincidencia sobre el tratamiento de estos cuadros no demande otros 50 años.

Investigación de la patogenia de los trastornos mentales

Una clasificación de trastornos mentales debe ser una reflexión sobre el estado actual del conocimiento acerca de las relaciones entre eventos, cuadros u objetos clasificados. En tanto se la considere como un resumen de conocimientos previos que orienta toda la exploración futura (y no como un marco rígido), una clasificación es útil; una vez que se materializa y se la considera el marco regente, reprimirá la investigación y reducirá las probabilidad de descubrir las relaciones entre los cuadros o sus vínculos causales y la patogenia.

Lamentablemente, esto ya está sucediendo. Entusiasmados por lo preciso de la definición de las categorías de trastornos mentales creadas en la última parte del siglo xx, mucha gente consideró el hecho de que los diagnósticos se pudieran hacer de manera más fiable como prueba de su validez y de la validez de la clasificación que contenía categorías para la ubicación de estos diagnósticos. Los editores de revistas científicas ya no aceptaron artículos que describieran investigaciones sobre cuadros bien definidos, a menos que las definiciones usadas coincidieran con las del DSM-IV y el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000). Las autoridades que aprobaban el uso de medicaciones y otros tratamientos solicitaban pruebas de que un nuevo fármaco era útil en el tratamiento de un cuadro particular definido en el DSM-IV. Se podría imaginar un fármaco con un efecto positivo sobre cierta proporción de individuos (que quizá comparten una base genética) con diferentes síndromes clínicos clasificados en distintas categorías del DSM-IV: sería difícil efectuar una investigación sobre este tipo de eficacia "cruzada", y aún más difícil obtener una autorización para comercializar un fármaco que ayuda a algunos pacientes de diferentes categorías de la clasificación. Para las compañías farmacéuticas involucradas en la búsqueda de nuevos fármacos, se ha vuelto insensato investigar una dimensión de enfermedad presente en varios trastornos que, en la actualidad, están ubicados en diferentes categorías del DSM o de la CIE, porque sería imposible obtener una autorización para un fármaco no relacionado con el tratamiento de un cuadro con un diagnóstico particular. En vista de que gran parte de la investigación sobre psicofarmacología está financiada hoy en día por la industria farmacéutica, la clasificación oficialmente reconocida en la actualidad obstaculiza, de hecho, la investigación innovadora.

El efecto restrictivo de la clasificación –observada claramente en la escasez de publicaciones que describen investigaciones sobre trastornos mentales entre categorías o de investigaciones sobre una dimensión particular del funcionamiento mental en la enfermedad física y mental– no necesariamente desaparecerá con un enfoque dimensional de la clasificación de trastornos mentales, pero si se aceptara ese enfoque, abriría, durante un tiempo, nuevas vías de investigación (y, quizá, permitiría una organización diferente, menos estigmatizante, de servicios para enfermos mentales). Hasta ahora, en cuanto a lo que concierne a la investigación, es evidente que será necesario continuar trabajando en la estandarización de la

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

evaluación de diversos aspectos de los trastornos mentales (p. ej., síntomas, dimensiones o, incluso, factores descriptivos más elementales de los estados mentales) evitando el cumplimiento obsesivo del diagnóstico o los criterios de categorías de una clasificación. Un enfoque de este tipo facilitará el descubrimiento de mecanismos patogénicos y, en consecuencia, es más probable que dé origen a clasificaciones en las que se realicen distinciones entre enfermedades mentales sobre una base científica.

Estigmatización de los individuos con enfermedad mental

La clasificación de trastornos mentales desempeña un papel importante en la atribución de estigmas a un diagnóstico y a los individuos que presentan un trastorno de este tipo. Los trastornos mentales están estigmatizados y, por lo general, se los considera cuadros que disminuyen el valor del individuo afectado para la sociedad. La imagen de una persona con una enfermedad mental es la de alguien con síntomas como ideas delirantes y alucinaciones, que suele ser peligroso e incapaz de contribuir a la sociedad; la ubicación de un diagnóstico en el capítulo de trastornos mentales hará que aquellos con tal diagnóstico compartan la imagen negativa que atemoriza al público y determina numerosas desventajas.

Investigaciones recientes han hallado evidencia de que la estigmatización de la enfermedad mental está presente en la vasta mayoría de las sociedades y que sus consecuencias son negativas en todas estas (Sartorius y Schulze, 2005).[5] Por lo tanto, no es sorprendente que las personas con enfermedad mental suelan ocultar sus diagnósticos y que intenten –siempre que se organizan– que estos sean retirados del capítulo de trastornos mentales para pasar a otro capítulo de la clasificación. En algunos casos, los grupos de presión (a menudo, integrados por pacientes y sus familias) han tenido éxito en evitar la estigmatización insistiendo en que su diagnóstico se ubique en una categoría de un capítulo "perteneciente" a otra disciplina. Así, en la CIE-10, el diagnóstico de "síndromes de fatiga" se encuentra en el capítulo de trastornos mentales, mientras que el "síndrome de fatiga postviral", menos estigmatizante, figura en el capítulo de enfermedades transmisibles. Los síndromes disfóricos premenstruales hallaron su lugar en el capítulo de problemas ginecológicos. Los trastornos mentales relacionados con el HIV, mencionados antes, se encuentran en el capítulo de enfermedades infecciosas. El intento de suicidio se encuentra en un capítulo separado del que trata sobre trastornos mentales, aunque el suicidio y su intento se suelen asociar con trastorno mental. La "personalidad de tipo A", independientemente de la gravedad, se ubica en el capítulo "razones para el contacto", lejos del grupo de trastornos de la personali-

[5] Hay una probable excepción a esta regla. El trastorno por estrés postraumático, caracterizado por síntomas psiquiátricos, es el único que no parece estigmatizar a la persona que lo presenta. El diagnóstico se toma como una señal de que el afectado ha atravesado tiempos difíciles y que merece el apoyo y el reconocimiento al mérito de la sociedad.

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

dad del capítulo sobre trastornos mentales. El diagnóstico de homosexualidad desapareció del capítulo de trastornos mentales, aunque todavía se la considera una anormalidad (independientemente de si es egodistónica o no) que requiere atención psiquiátrica en diversos países. En Japón, la denominación usada antes para esquizofrenia[6] se ha cambiado por un término que es bastante menos atemorizador –de "enfermedad de mente dividida" a "trastorno de integración del pensamiento"– y la descripción de la enfermedad se ha modificado de manera significativa. El efecto positivo de este cambio –por ejemplo, que los médicos consideran que es mucho más fácil informarle a un paciente su diagnóstico y analizar el tratamiento mucho más efectivamente– debe instar a que los encargados de elaborar un sistema de clasificación tomen en cuenta la connotación de los términos utilizados en psiquiatría, tanto al designar categorías como al crear los criterios que las definen. Esto no se ha hecho en el pasado: el poder cada vez mayor de las organizaciones de pacientes y familiares podría ser de gran ayuda para buscar términos que definan no sólo con precisión, sino también de manera aceptable, a todos los interesados.

En ocasiones, para evitar la estigmatización de un rótulo de una enfermedad mental y las consecuencias de los estigmas, organizaciones de pacientes y familiares han dado pasos extraordinarios. Por ejemplo, en Francia, una organización de familias de individuos con enfermedad mental ejerció presión y, finalmente, consiguió que se reclasificara dicha enfermedad como una "invalidez". Este cambio de clasificación permitirá que las familias reciban más apoyo; sin embargo, este apoyo es a expensas de empeorar la imagen de la enfermedad mental al informar efectivamente al público general que el deterioro relacionado con la enfermedad mental es persistente y que el tratamiento poco puede hacer para que los pacientes se recuperen y se conviertan en miembros valiosos de sus comunidades.

Educación de los profesionales de la salud

En las últimas décadas, los psiquiatras, orgullosos del incremento significativo de sus conocimientos, han continuado aumentando cada vez más la complejidad de la clasificación de los trastornos mentales. La cantidad cada vez mayor de categorías, y la fijación de sus límites, ha exigido desarrollar un sistema complejo de criterios de inclusión y exclusión. Por lo general, la clasificación detallada no es directamente relevante para la elección del tratamiento. Así, por ejemplo, la clasificación internacional de trastornos mentales tiene, en la actualidad, alrededor de 60 categorías para clasificar las diversas formas de trastornos depresivos, aunque el tratamiento es similar para todas las categorías.

Una clasificación pública, en el sentido de Sir Aubrey Lewis, debe ser simple, fácil de recordar, adecuada para el uso en la práctica (p. ej., aportar cierta orientación acerca del tratamiento) y en la investigación epidemiológica, y pasible de

[6] En Japón (y algunos otros países del Oriente Lejano), los diagnósticos de enfermedades mentales se traducen al lenguaje local; en Europa, sólo en Grecia se puede comprender la palabra "esquizofrenia" por la gente que habla griego.

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

pruebas de fiabilidad y utilidad clínica (es decir, suministrar orientación para el tratamiento u otras intervenciones asistenciales). Asimismo, debe tener validez aparente, en el sentido en que permita la categorización fácil y fiable de la mayoría de los diagnósticos efectuados en la práctica. La Organización Mundial de la Salud intentó satisfacer a todos los usuarios generando tres versiones de la CIE-10: 1) una versión para investigación (que sería más cercana a una clasificación "privada" en el sentido de Sir Aubrey); 2) una versión para el trabajo clínico, adecuada para los especialistas en psiquiatría; y 3) una para aplicar en atención primaria. Esta última tenía 22 categorías, elegidas porque se observan con frecuencia en servicios de atención primaria, pueden ser diagnosticadas en forma confiable y pueden ser vinculadas con recomendaciones específicas sobre el tratamiento. Así, esta tercera versión también podría servir como instrumento docente en la educación de diversas categorías de profesionales de la salud que no son psiquiatras.

Por ahora, lamentablemente, a la mayoría de los profesionales de la salud se les enseña psiquiatría y el manejo de trastornos mentales sobre la base de programas con clasificaciones más complejas, y los docentes olvidan las consecuencias que la presentación de este tipo de clasificaciones ejercerá en la atención de las personas con enfermedad mental tanto en el futuro inmediato, cuando los profesionales de la salud completen su capacitación, como en el futuro más alejado, cuando los estudiantes asuman puestos de toma de decisiones importantes en el sistema de salud. Lo que los profesionales de la salud aprenden en el curso de su capacitación general rara vez se actualiza; por lo tanto, no es sorprendente que los encargados de tomar decisiones de todo el mundo tengan una imagen de la psiquiatría (y de la mejor manera de desarrollar programas de salud mental) que se basa en su capacitación de muchas décadas atrás. Se les enseñó psiquiatría sobre la base de la clasificación de trastornos mentales creada a fines del siglo XIX y principios del XX. Esa clasificación fue elaborada en función de la observación de los hospitales psiquiátricos de esa época, y cumplía muy bien el propósito de informar acerca de la enfermedad mental en esas instituciones. Mientras tanto, el mundo y nuestro conocimiento sobre enfermedad mental, así como la práctica de la medicina, se han modificado; sin embargo, los encargados de tomar decisiones han recibido capacitación hace décadas, y son quienes piensan sobre la organización de los servicios de salud mental, así como sobre la evaluación de estos servicios, utilizando los constructos teóricos derivados de la clasificación usada para la enseñanza de la psiquiatría en las escuelas de personal de salud cuando eran estudiantes.

El efecto diferido de la docencia de la psiquiatría no es privativo de esta ni de otras disciplinas médicas. Por lo tanto, es importante elaborar clasificaciones de trastornos mentales que tomen en cuenta este efecto diferido de la instrucción en escuelas médicas. La clasificación "pública" de los trastornos mentales, con las características descritas antes, podría ser útil para ese propósito, y esto sigue siendo un desafío importante para los elaboradores de clasificaciones internacionales y nacionales de trastornos mentales.

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

El abuso de la psiquiatría

Una clasificación "pública" internacional que describa las categorías de enfermedades mentales podría, sin duda, desempeñar un papel importante en prevenir el abuso de la psiquiatría, que a veces es avalado por clasificaciones nacionales o clasificaciones generadas por una escuela de pensamiento particular. Por ejemplo, el abuso de la psiquiatría con fines políticos en la Unión Soviética fue avalado por la existencia de una clasificación que se desarrolló en la Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas y que servía para organizar la atención y el tratamiento psiquiátricos. Esta clasificación tenía categorías con diagnósticos que se podían asignar a disidentes políticos y que determinaban la aplicación forzada y perjudicial de medicación y otras medidas "terapéuticas". La aceptación universal de una clasificación universal de trastornos mentales basada en los mejores conocimientos existentes podría eliminar la legitimidad de este tipo de acciones y ayudar a convertir a la psiquiatría en una disciplina médica útil, inmune al abuso con fines políticos, económicos o de otra índole.

Asimismo, la existencia de una clasificación de este tipo también podría servir para mejorar la calidad de atención ofrecida a personas con enfermedad mental y para prevenir el abuso de la psiquiatría con otros fines. La introducción de nuevas categorías en una clasificación de este tipo o cualquier cambio de la clasificación tendría que ser sometido a un examen serio de la evidencia que motiva el cambio. Por ahora, el proceso para hacer esto no está lo suficientemente especificado. No queda para nada claro cuánta evidencia ni de qué tipo sería necesaria y suficiente para aceptar una propuesta de cambio de una categoría, un cambio de los criterios que definen una categoría o un cambio de la jerarquía de las categorías. Así, motivos comerciales y personales pueden determinar la aceptación de cambios que no están particularmente bien avalados por evidencia y que suceden con demasiada rapidez; esto significa que no será posible garantizar que se acepte y se utilice una sola forma de clasificación universal.

Colofón

Las revisiones de la clasificación de trastornos mentales son necesarias cuando surgen conocimientos nuevos y cuando hay cambios significativos en el sistema de salud al que la clasificación está destinada a servir. Por lo general, la revisión se realiza prestando gran atención a sus características formales y a la congruencia de la revisión con la mejor evidencia y experiencia existentes.

Así, las revisiones de una clasificación producidas en este sentido pueden reflejar conocimientos actuales sobre un grupo de enfermedades y pueden satisfacer los esfuerzos epistemológicos de sus creadores. Sin embargo, una revisión de una clasificación también tiene una serie de efectos remotos que, en general, reciben muy poca atención durante el proceso de revisión. Por ejemplo, una clasificación de trastornos mentales:

- Afecta la definición de psiquiatría y la profesión de los psiquiatras.

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

- Influye en el carácter de la estigmatización, y la modifica, que soportan las personas con trastornos mentales y sus familias.
- Afecta la financiación para la atención de la salud mental y la educación de los profesionales de la salud.
- Ejerce un poderoso efecto sobre las orientaciones que adoptará la investigación de la patogenia de los trastornos mentales y en la importancia relativa de los hallazgos de esta investigación.

Por lo tanto, es de esperar que el proceso de revisión de la CIE y clasificaciones importantes, como el DSM, incluyan una manera de considerar estos metaefectos remotos de una revisión antes de su finalización e introducción como uno de los elementos básicos de los sistemas de salud, la investigación y la educación relacionados con la psiquiatría y con la medicina en general.

Bibliografía

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3ª ed. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1980

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4ª ed. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4ª ed., texto revisado. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000

Fulford W, Sartorius N: The secret history of ICD and the hidden future of DSM, in Psychiatry as Cognitive Neuroscience: Philosophical Perspectives. Editado por Broome M, Bortolotti L. New York, Oxford University Press, 2009

Karkazis K, Feder EK: Naming the problem: disorders and their meanings. Lancet 372:2016–2017, 2008

Marneros A: Die Geburtsstunde der psychiatrischen Wissenschaft und Heilkunde in Deutschalnd. Die Psychiatrie 1:1–8, 2004

Sartorius N: Classification: an international perspective. Psychiatr Ann 6:22–35, 1976

Sartorius N: Diagnosis and classification: cross-cultural and international perspectives. Ment Health Soc 5:79–85, 1978

Sartorius N: International perspectives of psychiatric classification. Br J Psychiatry Supl. 152:9–14, 1988

Sartorius N: Understanding the ICD-10 Classification of Mental Disorders. London, Science Press, 1995

Sartorius N: Fighting for Mental Health: A Personal View. West Nyack, NY, Cambridge University Press, 2002

Sartorius N, Schulze H: Reducing the Stigma of Mental Illness. Cambridge, UK, Cambridge University Press, 2005

Stengel E: Classification of mental disorders. Bull World Health Organ 21:601–663, 1959

World Health Organization: International Classification of Diseases, 8ª revisión. Geneva, World Health Organization, 1967

World Health Organization: The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Geneva, World Health Organization, 1992

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

PARTE II

INTEGRACIÓN DE CONCEPTOS DIMENSIONALES EN UN SISTEMA CATEGORIAL

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA,C.A.
Rif: J-29855562-9

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

CAPÍTULO 5

PROPUESTA PARA INCORPORAR DIMENSIONES CLÍNICAMENTE RELEVANTES EN EL DSM-5

John E. Helzer, M.D.

Las revisiones de las definiciones de enfermedad contenidas en el DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) y el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) pueden ser disruptivas para la práctica clínica, porque estas revisiones exigen cambios y ajustes generalizados. Cabe argumentar que, al hacer más difíciles las comparaciones entre estudios, las revisiones también impiden el progreso científico. El DSM original (American Psychiatric Association, 1952), que codificó los rótulos diagnósticos y ayudó a definir el alcance de la atención psiquiátrica, y el DSM-III (American Psychiatric Association, 1980), que representó un avance importante tanto desde el punto de vista clínico como científico, fueron excepciones evidentes. En la actualidad, las definiciones del DSM-III se han revisado dos veces, y aunque hay algunas áreas (como trastornos de la personalidad) que justifican una reestructuración importante, muchos psiquiatras cuestionan si la evidencia nueva es suficiente, en este momento, para efectuar revisiones significativas de la mayoría de las definiciones de enfermedades. Hay tres maneras en las que el DSM-5 podría mejorar de manera importante la taxonomía psiquiátrica.

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

La primera sería lograr un cambio que se ha analizado con cada revisión pero nunca se ha intentado: es decir, reconocer oficialmente el carácter continuo del trastorno psiquiátrico y suministrar un método consistente para cuantificar la gravedad de la enfermedad. Una segunda manera sería crear una serie de instrumentos para establecer los datos clínicos necesarios para efectuar los diagnósticos. Una tercera manera consistiría en estructurar el DSM-5 de manera que las preguntas acerca de la cronología, el contenido y el valor relativo de cualquier revisión futura contemplada se puedan responder empíricamente. En este capítulo, considero las tres opciones.

Ventajas de agregar un enfoque dimensional (cuantitativo) al DSM-5

Un enfoque más cuantitativo de los diagnósticos categoriales del DSM ha sido un tema de discusión desde hace muchos años. Reconocer oficialmente el carácter continuo evidente del trastorno psiquiátrico y reflejar esta realidad en la taxonomía pediátrica traería aparejadas múltiples ventajas clínicas y de investigación. Desde el punto de vista clínico, una valoración de la gravedad de la enfermedad es crucial para la atención clínica responsable. En la actualidad, sin orientación del DSM-IV, la cuantificación de la gravedad es, en gran medida, un criterio subjetivo del médico. Sin embargo, la posibilidad de cuantificar objetivamente la gravedad de la enfermedad de una manera relativamente uniforme entre pacientes, médicos y a través del tiempo– y sobre la base de criterios simples– tendría ventajas significativas respecto de un enfoque individualizado, subjetivo. Una evaluación de la gravedad de la enfermedad es fundamental para la mayoría de las decisiones terapéuticas, pero la posibilidad de cuantificar con mayor precisión diagnósticos individuales también nos ayudaría a evitar otros problemas que, a veces, se producen cuando la evaluación diagnóstica es estrictamente dicótoma. Como médico, advierto que, en ocasiones, sobrevaloramos ciertos síntomas "cardinales" para efectuar un diagnóstico. Por ejemplo, a veces se acepta un síntoma psicótico prominente e inusual, como una idea delirante bizarra, como evidencia de esquizofrenia. Sin embargo, aun síntomas diagnósticos bizarros pueden estar presentes en otras enfermedades, como trastorno esquizoafectivo o delirante (Pope y Lipinski, 1978). Con frecuencia, se considera que un "síntoma de conversión", como seudoparálisis, se considera equivalente a enfermedad somatomorfa, pero también puede aparecer en la depresión mayor. La automutilación, que a menudo se considera indicativa de trastorno de la personalidad fronteriza o límite, se puede observar en muchas otras enfermedades (Simeon y Hollander, 2001).

Asimismo, una taxonomía dimensional tiene claras ventajas en la investigación. La potencia estadística se reduce de manera significativa cuando estamos limitados a utilizar una clasificación categorial. En un esfuerzo por comprender mejor la etiología de las enfermedades y descubrir intervenciones eficaces, la mayoría de las variables no diagnósticas, como factores de riesgo de enfermedad, se miden en forma cuantitativa. Sin embargo, gran parte de la ventaja estadística de esta cuantificación se pierde porque tenemos que recurrir a una designación categorial para

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

el diagnóstico. Estadísticamente, los pacientes que caen por debajo del umbral categorial son tratados como si pertenecieran al mismo grupo, sin importar cuán cerca puedan estar del umbral. Los que alcanzan el umbral o apenas lo superan son tratados igual, desde el punto de vista diagnóstico, que aquellos que son positivos en todos los posibles síntomas. Resulta irónico que en el proceso de evaluar múltiples síntomas y la gravedad de cada uno, que es una parte convencional de efectuar un diagnóstico psiquiátrico, en realidad averiguamos la información necesaria para una cuantificación dimensional. Sin embargo, como el DSM está diseñado como un sistema categorial, los datos cuantitativos reunidos se descartan una vez que se decide sobre el diagnóstico. Sólo con preservar y utilizar de manera sistemática la información cuantitativa que hemos recogido para arribar al diagnóstico aumentaría mucho la potencia estadística. Como consecuencia de la mayor potencia, muestras de investigación más pequeñas se tornan informativas lo que, a su vez, aumenta la probabilidad de detectar asociaciones causales importantes y de otro tipo. Es de especial importancia maximizar la potencia estadística cuando intentamos conocer mejor factores de riesgo poligénicos, neuroquímicos y ambientales de enfermedades psiquiátricas.

Posibles desventajas de un enfoque dimensional del DSM-5

Hay posibles desventajas en adoptar un enfoque cuantitativo de diagnóstico en el DSM-5. Primero, representaría un cambio significativo de un sistema de clasificación que ha estado vigente durante más de 50 años. Esto podría causar confusión y resistencia. Sin embargo, cada revisión del DSM exige que los usuarios se adapten a nuevas definiciones y enfoques. Este ajuste fue muy notable en 1980, con el pasaje de definiciones descriptivas de las enfermedades a las definiciones mucho más explícitas usadas en esa edición, un cambio que provocó resistencia en mucha gente en aquel momento. Cada cambio de este tipo requiere un período de adaptación, pero es importante adoptar una modificación para definir las enfermedades cuando esto refleja nuevos conocimientos u ofrece un instrumento taxonómico más poderoso.

Una posible desventaja más importante de agregar una opción cuantitativa al DSM es el riesgo de que determine la creación de dos sistemas diagnósticos relativamente independientes, uno categorial y uno cuantitativo. Esto sería desafortunado y, sin duda, generaría confusión diagnóstica significativa. Algunas diferencias en las opciones diagnósticas entre un enfoque categorial y uno dimensional pueden resultar inevitables; un ejemplo es la distinción entre abuso de alcohol y dependencia a este. Cada vez hay más dudas acerca de la distinción entre abuso y dependencia, según la definición actual del DSM-IV, en función de los datos conocidos (Hasin y Grant, 1994; Martin y cols., 1995). Un enfoque cuantitativo de la taxonomía de los trastornos por consumo de alcohol revela que algunos de los síntomas enumerados actualmente como parte de la definición de abuso de alcohol tienen, en realidad, un pronóstico más grave que algunos de los síntomas de dependencia, mientras que algunos síntomas incluidos en la definición de depen-

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

dencia se encuentran en el extremo leve del espectro de gravedad (Saha y cols., 2006). Así, desde el punto de vista cuantitativo, el trastorno por consumo de alcohol parece ser un solo continuo de enfermedad más que dos síndromes distintos.

Sin embargo, desde el punto de vista categorial, podría haber indicadores tempranos de mayor riesgo de dependencia de alcohol que son importantes para identificar y rotular categorialmente, a fin de aumentar la vigilancia y los esfuerzos de prevención. Asimismo, podría haber presión política desde el campo para la identificación por separado de estados de alto riesgo frente a diagnósticos confirmados. Así, podría existir un deseo de preservar una distinción categorial entre abuso de alcohol y dependencia aunque, desde la perspectiva cuantitativa, se observe que el síndrome es claramente unidimensional. De todos modos, en tanto los diagnósticos categoriales y la escala dimensional correspondiente se basen en el mismo grupo de síntomas, hay escaso riesgo de crear dos sistemas diagnósticos por entero diferentes. Es probable que los pacientes con un diagnóstico categorial de abuso de alcohol tengan una puntuación más baja en la escala diagnóstica cuantitativa correspondiente que otros pacientes que cumplen los criterios de dependencia al alcohol, aunque esto está sujeto a confirmación empírica. La correspondencia entre una puntuación de una escala dada y un diagnóstico categorial particular puede no ser exacta, pero esto tiene escasa consecuencia. Por el contrario, si la escala diagnóstica se basa en un grupo diferente o, incluso, en un subgrupo de síntomas –por ejemplo, aquellos considerados más cuantificables– puede haber un riesgo significativo de tener dos sistemas diagnósticos que no se corresponden.

A menudo, se expresa que una tercera desventaja potencial de una clasificación dimensional puede ser la de "enfatizar las necesidades de investigación a expensas de la utilidad clínica". Como médico e investigador, argumentaría que este no es el caso. Los clínicos se benefician de un sistema dimensional, al igual que los investigadores. Los diagnósticos categoriales facilitan la comunicación, la comprensión rápida de una situación clínica y la planificación del tratamiento inicial. Sin embargo, aun en el nivel clínico, una vez que se ha hecho un diagnóstico categorial, la mayoría de las decisiones se basan en conceptos dimensionales, como gravedad de la enfermedad, nivel de comorbilidad y grado de respuesta al tratamiento. Por otra parte, los investigadores también se benefician de la existencia de categorías. Si un investigador está estudiando la eficacia de un nuevo tratamiento para la depresión mayor, sería contraproducente incorporar al estudio clínico a pacientes que no cumplen los criterios categoriales de este trastorno. Los enfoques tanto categoriales como dimensionales son útiles, por lo que es importante que un diagnóstico dimensional no se considere un reemplazo del categorial, sino más bien un complemento para emplear cuando resulta útil.

Una manera de minimizar la percepción de que un sistema categorial es reemplazado por uno dimensional consistiría en enfocar la creación de este último de una manera que se agregue al sistema categorial y se relacione con este de una forma clara y comprensible. Si bien es probable que la creación de una escala dimensional implique un proceso estadístico, es importante que no sea una caja negra conceptual. Los clínicos e investigadores deben poder comprender con facilidad tanto el fundamento conceptual como el proceso general mediante el cual se alcanzó el concepto. Asimismo, ayuda advertir que, cuando se publicó en 1980, se consideró que el DSM representaba una ruptura radical con la práctica clínica y que favorecía la

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

investigación a expensas de la utilidad clínica. Sin embargo, en un lapso breve, esta percepción cambió, y ahora se considera que el DSM-III fue un paradigma diagnóstico innovador importante que benefició mucho a los clínicos e indujo avances significativos en la investigación psiquiátrica. El DSM-III se convirtió en una parte tan convencional del campo diagnóstico clínico que es difícil, para aquellos capacitados desde 1980, concebir qué tan caótica era la psiquiatría clínica antes de su creación. Sin embargo, tras dos revisiones importantes, 30 años de trabajo y considerables conocimientos nuevos generados, en parte, por la existencia de criterios diagnósticos explícitos, ahora es tiempo de otro nuevo paradigma taxonómico "radical".

Optimización de la transición a un componente dimensional del DSM-5

Dado que la creación de un componente dimensional del DSM-5 tiene ventajas y posibles desventajas, es importante considerar las maneras de maximizar las primeras y minimizar las segundas. Primero, es importante aceptar que el proceso de elaboración del DSM, vigente desde hace por lo menos 30 años, continuará en gran medida sin modificaciones en el DSM-5. Este proceso comienza con el nombramiento de un grupo de expertos para cada área diagnóstica (los grupos de trabajo diagnóstico), encargados de crear (o revisar) criterios para las diversas entidades que caen dentro de las áreas de conocimientos especializados de los miembros del grupo. Si bien estos miembros consultan datos, siempre que sea posible, también se les solicita que apliquen su experiencia clínica y un mejor criterio para crear las definiciones de enfermedades. En el análisis final, hay un enfoque jerárquico, de arriba-abajo (descendente), de la clasificación, en lugar de un enfoque de abajo-arriba (ascendente), derivado empíricamente. Asimismo, muchas personas que ven el valor de un sistema de clasificación más cuantitativo argumentarían que las definiciones diagnósticas originales deberían basarse sólo en el análisis empírico de datos clínicos en lugar de ser creadas por decreto de expertos. Este punto de vista merece ser considerado seriamente y se analiza más adelante, pero para el DSM-5, las definiciones de enfermedad serán elaboradas por comités de expertos. En mi opinión, para preservar la uniformidad del enfoque, es crucial que cualquier alternativa dimensional del DSM-5 se ajuste a las definiciones categoriales de arriba-abajo creadas por los grupos de trabajo para el DSM-5.

Segundo, es importante que los psiquiatras dedicados a considerar el diagnóstico como una medida continua reconozcan tanto la necesidad de distinciones categoriales para la toma de decisiones clínicas como la utilidad de estas distinciones para la comunicación médica. El diagnóstico es una convención que permite dividir el amplio universo de la psicopatología en unidades más definidas. Las divisiones pueden parecer arbitrarias, pero la investigación longitudinal hasta por 30 años demostró la validez predictiva de las definiciones categoriales (Coryell y Tsuang, 1985; Coryell y cols., 2009). Por el contrario, es importante que los psiquiatras que valoran el enfoque categorial reconozcan la legitimidad y el poder agregado de una clasificación dimensional, y su utilidad para la toma de decisiones clínicas, al igual que para aumentar los proyectos de investigación.

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

Tercero, es importante reconocer que, para evitar la confusión de definiciones competitivas para el mismo constructo diagnóstico, debe haber una correspondencia clara y simple entre los enfoques categorial y dimensional, y esta correspondencia deben ser consistente entre todos los diagnósticos relevantes. La manera más simple de lograr esta correspondencia sería basar la cuantificación dimensional estrictamente en los síntomas contenidos en cada definición categorial del DSM-5. Hay muchas manifestaciones continuas y cuantificables en las que se podría basar una dimensión, como duración de la enfermedad, gravedad, nivel de deterioro y uso de servicios. Sin embargo, para que haya una correspondencia clara entre definiciones dimensionales y categoriales, la dimensión más lógica sería la cantidad de ítems de síntomas positivos de la definición del DSM-5 que refiere el paciente y la gravedad comunicada de esos síntomas. Esta dimensión es la que refleja más estrechamente el proceso que suelen aplicar los clínicos e investigadores para evaluar estados patológicos. Por lo tanto, la medida dimensional, continua, que se corresponde con una definición categorial dada, podría ser tan simple como la suma de los ítems de síntomas positivos. Por razones que se analizarán más adelante, no es aconsejable sólo sumar la cantidad de ítems de síntomas positivos sin considerar la gravedad o la prominencia de un ítem individual, pero una medida continua más compleja, que se base sólo en síntomas definidos en el DSM-5, tendría numerosas ventajas: 1) es simple desde la perspectiva conceptual para todos los diagnósticos; 2) tiene gran utilidad clínica para trabajos clínicos o de investigación; y 3) es consistente entre diagnósticos. Por último, es probable que una dimensión de gravedad se correlacione bien con otras posibles dimensiones, aunque esta última presunción tendría que ser investigada empíricamente.

Hay antecedentes de proyectos meticulosos para crear dimensiones para diagnósticos importantes que han sido independientes del proceso de revisión del DSM. Un ejemplo meritorio es el de Wanberg y Horn (1983) referido a los trastornos por consumo de alcohol. Por lo general, estos proyectos comienzan con una evaluación de una amplia gama de síntomas, comportamientos y medidas ambientales que se utilizan para crear una definición diagnóstica derivada empíricamente. Un proyecto de ese tipo tiene mucho de recomendable, como se comenta más adelante, en la comparación de los enfoques taxonómicos de arriba-abajo y de abajo-arriba. Sin embargo, como también se mencionó, nuestra tarea de dimensionalización en este punto temporal consiste en crear medidas continuas para diagnósticos definidos en el DSM-5. Una comparación frente a frente de los enfoques de arriba-abajo y de abajo-arriba para la definición de enfermedades será un ítem del programa para una posible futura revisión, y los trabajos de Wanberg y Horn, y otros, podrían ser bastante útiles cuando llegue ese momento.

Creación de equivalentes dimensionales para diagnósticos del DSM-5

En esta propuesta, el paso inicial consiste en que los grupos de trabajo diagnósticos procedan, como siempre lo han hecho, a crear las definiciones fenomenológicas, incluidos los signos y síntomas que deben ser corroborados y la canti-

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

dad y el patrón de estos ítems necesarios para los diagnósticos categoriales. El siguiente paso sería que los grupos de trabajo especificaran escalas de gravedad simples para cada ítem de criterio. En el pasado, se solía implicar o definir un umbral de gravedad mínimo para síntomas específicos. Aquí, la diferencia sería tornar más explícito este umbral mediante la puntuación de cada síntoma en una dimensión simple. Por ejemplo, Helzer y cols. (2008a) propusieron una escala de gravedad de tres puntos (0, 1, 2) para cada uno de los ítems de criterios del trastorno por consumo de sustancias, con 0 = síntoma no presente, 1 = de leve a moderado y 2 = grave. Sería necesaria la orientación por parte del grupo de trabajo diagnóstico apropiado para definir el aspecto para cuantificar cada síntoma y cómo se debería puntuar la escala de tres niveles en cada caso. Utilizando como ejemplo la escala de dependencia al alcohol del DSM-IV, una escala de tres puntos para el primer criterio de dependencia (tolerancia al alcohol) se podría basar, lógicamente, en el volumen de alcohol necesario para provocar un efecto; el segundo criterio (abstinencia) se podría basar en la gravedad de los síntomas de abstinencia; y el tercer criterio (mayor consumo que el planificado) se podría basar en la frecuencia de aparición. Sin embargo, desde el punto de vista conceptual, una escala de tres puntos para ítems de síntomas individuales es simple y podría ser aplicable a todos los diagnósticos. Habría ventajas evidentes para pacientes y clínicos por igual si los síntomas se puntuaran de una manera simple y uniforme entre diagnósticos. Puede haber razones persuasivas para apartarse de una consistencia tan simple en la valoración de síntomas, pero en interés de la consistencia entre diagnósticos, parecería apropiado que una decisión en este aspecto fuera tomada por el Equipo de Trabajo del DSM más que por cada grupo de trabajo.

Si bien la puntuación de la gravedad de los síntomas no es un paso necesario, es conveniente por dos razones. Primero, porque es un proceso aditivo: aun una especificación de gravedad simple de tres puntos en el nivel de síntomas aumenta de manera significativa el rango de dimensionalidad en el nivel diagnóstico. Segundo, los médicos reconocen de manera intuitiva la necesidad de evaluar la gravedad de cada síntoma que refiere un paciente durante un examen y de utilizar esta información para la toma de decisiones clínicas. En este caso, la sugerencia es crear pautas de medición, de manera de aportar mayor uniformidad al proceso actualmente intuitivo y suministrar un mecanismo de puntuación, de manera que esta información cuantitativa no sea descartada una vez que se arriba al diagnóstico. Asimismo, la investigación futura se beneficiaría al documentar la gravedad de los síntomas porque, por ejemplo, puede haber expresión de genes en trastornos conductuales en el nivel de síntomas (van Praag, 1990).

El siguiente paso sería utilizar una herramienta estadística apropiada, como la teoría de respuesta al ítem (Embretson y Reise, 2000), para definir una escala dimensional para cada diagnóstico basado en ítems de criterios. Sólo sumar el número de ítems de criterios que un paciente dado acepta como positivos es un método de calificación, pero podría no ser aconsejable. A menudo, dos o más síntomas están estrechamente intercorrelacionados, y sumarlos podría poner excesivo énfasis en el constructo de base que miden. Algunos síntomas podrían tener mayor prominencia o importancia que otros; sumarlos con igual peso introduciría "distorsión".

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

Una vez que se haya creado estadísticamente una escala dimensional para un diagnóstico, el paso final sería usar otra herramienta estadística, como las curvas de eficacia clínica (ROC, *r*eceiver *o*perating *c*haracteristic curve; Fawcett, 2006), para identificar la puntuación de la escala que mejor se corresponda con el umbral diagnóstico categorial definido en términos del número de casos identificados. Una estimación de la puntuación que mejor se relacione con el diagnóstico categorial ayudaría a orientar a los clínicos e investigadores, y les ayudaría a garantizar la concordancia entre las opciones categoriales y dimensionales (Helzer y cols., 2008b). La selección final de la herramienta o las herramientas estadísticas apropiadas para crear una escala dimensional y volver a relacionarla con una definición categorial requiere idoneidad especial (Kiernan y cols., 2001; Kraemer, 1992). Como parte del proceso del DSM-5, se están dando pasos para garantizar que los grupos de trabajo dispongan de consulta estadística apropiada.

Ventajas de la simplicidad del enfoque propuesto

Las principales ventajas del enfoque recién descrito son su simplicidad y utilidad clínica. Cumple en forma estricta las definiciones categoriales creadas por los grupos de trabajo, de manera de garantizar la consistencia entre los enfoques categorial y dimensional. Es simple desde el punto de vista conceptual; no es esencial conocer las herramientas estadísticas necesarias para crear la puntuación diagnóstica a fin de comprender el concepto. Además, este enfoque no aumenta la carga de esfuerzo para examinadores ni pacientes, porque los datos clínicos requeridos ya forman parte de cualquier examen de rutina. Los médicos y los investigadores se hallan igual de cómodos pensando en términos de gravedad de síntomas y de la enfermedad. La gravedad es un concepto cuantitativo o "dimensional", y la evaluación de la gravedad siempre ha sido necesaria para unos y otros. Aunque los diagnósticos categoriales facilitan la comunicación, cualquiera que asiste a pacientes en forma habitual piensa en términos de gravedad e indaga la información requerida para efectuar esa evaluación cuantitativa. Sin embargo, los criterios categoriales tienden, de hecho, a limitar nuestro pensamiento a los pacientes que caen por encima del umbral diagnóstico. El médico primero pregunta: "¿Cumple el paciente los criterios categoriales para el diagnóstico?". Sólo si la respuesta a esta pregunta es positiva, formula la siguiente: "¿Qué tan grave es?". El mismo pensamiento cuantitativo puede y debe aplicarse también a los que no cumplen la definición diagnóstica completa: ¿Qué tan cerca están? Al realizar una entrevista diagnóstica, los clínicos reúnen de manera sistemática la información cuantitativa necesaria para ubicar a un paciente en este continuo del espectro completo. Reconocer e incorporar un enfoque cuantitativo a los criterios no aumenta la carga de trabajo clínico; meramente, permite la consistencia entre pacientes, así como el DSM-III y sus sucesivas revisiones permitieron la consistencia para verificar la definición categorial.

En resumen, esta propuesta sugiere un método para crear escalas dimensionales para cada diagnóstico que es simple, preserva la función tradicional de los grupos de trabajo del DSM, no aumenta la carga de anamnesis de los médicos ni la carga de respuesta de los pacientes, y mantiene una clara relación con la defini-

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

ción categorial tanto en el nivel de criterios como de diagnóstico. Esta creación de escalas sería un avance significativo, aumentaría el progreso clínico y científico de la psiquiatría, y garantizaría que el DSM siguiera siendo una herramienta vibrante y filosa para el futuro. La siguiente sección también ofrece una sugerencia para estructurar el DSM-5 de manera que prevea posibles necesidades de un DSM-6.

Cuestiones no encaradas por esta propuesta

La multiplicidad de diagnósticos del DSM y de opciones de codificación está aumentando. Un observador advirtió que la cantidad de opciones de codificación (categorías multiplicadas por especificadores) de los trastornos del estado de ánimo aumentó con cada revisión del DSM de menos de 10, en el DSM-I, a más de 2000 en el DSM-IV. La cantidad de diagnósticos, per se, aumentó en forma monótona con cada revisión: 95 trastornos en el DSM original, 130 en el DSM-II, 188 en el DSM-III, 215 en el DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987) y 283 en el DSM-IV. No parece justificable que todas estas distinciones diagnósticas se hayan investigado respecto de los criterios tradicionales de validez diagnóstica, como propusieron Robins y Guze (1970). La tarea de crear puntuaciones cuantitativas para una colección de este tipo sería abrumadora. Asimismo, pone a prueba la credibilidad, porque muchas de estas presuntas distinciones pueden residir en el mismo continuo dimensional. Una cuestión para el equipo y los grupos de trabajo es si se deben crear dimensiones sólo para los diagnósticos principales o, quizá, para algún subgrupo mínimo de diagnósticos. En la última sección, se analiza un posible enfoque para este problema previendo futuros interrogantes taxonómicos.

Una segunda cuestión es si la American Psychiatric Association debe considerar la creación de una serie de herramientas diagnósticas que se correspondan con los criterios del DSM-5, y qué forma podría adoptar. Desde mi perspectiva epidemiológica, la necesidad de consistencia en la evaluación es tan obvia como la necesidad de criterios diagnósticos uniformes. Desde el estudio de Área de Captación Epidemiológica (ECA, *Epidemiologic Catchment Area*) de la década de 1980 (Robins y Regier, 1991), los estudios nacionales de prevalencia basados en los criterios del DSM se popularizaron en todo el mundo. Las encuestas de Salud Mental Mundial son el último ejemplo (Kessler, 1999). Esta es una serie coordinada, en curso, de encuestas familiares, en las que se mantienen constantes los criterios diagnósticos, el instrumento de evaluación y el diseño del estudio. El diseño de muestreo es suficientemente similar entre alrededor de 20 países y culturas participantes para poder estimar tasas de prevalencia comparativas. Esta coordinación entre centros resultó bastante útil para conocer comparaciones entre países de trastornos por consumo de alcohol basadas en la replicación de la metodología de ECA (Helzer y Canino, 1992). Sin embargo, aunque los estudios de Salud Mental Mundial pretendieron el uso de la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (Robins y cols., 1988), se efectuaron revisiones de la entrevista que, en el caso de algunos trastornos, tornan no comparables los datos de la encuesta con los de muchas otras encuestas poblacionales que también utilizaron ese instrumento. Un ejemplo particularmente problemático del estudio de Salud Mental Mundial fue la decisión de formular preguntas acerca de la depen-

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

dencia al alcohol sólo a los entrevistados que referían por lo menos un síntoma de abuso de alcohol. Por trabajos previos, se estima que esta revisión determinó una subestimación de la dependencia al alcohol de hasta el 30%. Además, vicia cualquier comparación de estructura diagnóstica transnacional de dependencia. Es esperable que una entrevista diagnóstica oficial de la American Psychiatric Association, creada específicamente para los criterios diagnósticos del DSM-5, atenúe las revisiones del instrumento privativas de estudios específicos. Me complace informar que la American Psychiatric Association ha nombrado un grupo asesor para considerar la creación de una serie de instrumentos que puedan satisfacer las necesidades de una amplia gama de usuarios, como profesionales de atención primaria con escasa capacitación en patología psiquiátrica y del comportamiento, psiquiatras en ejercicio, investigadores altamente especializados, taxonomistas interesados en la estructura diagnóstica y epidemiólogos, que utilizan entrevistadores no médicos para encuestas de la población general.

Un grupo asesor sobre instrumentos deberá encarar una serie de interrogantes difíciles. Primero, cómo crear una serie de instrumentos que satisfagan las diversas necesidades de un grupo tan diverso de usuarios de manera que la obtención de la información esté coordinada para evitar la posible falta de comparabilidad mencionada antes. Este requerimiento implica crear una serie de herramientas que encaren suficientemente las distintas necesidades de información para que los usuarios finales no consideren que sea preciso modificar el instrumento.

Otro interrogante es cómo capitalizar la creciente variedad y disponibilidad de herramientas electrónicas para favorecer la recolección de datos clínicos, la puntuación de diagnósticos categoriales y dimensionales, e incluso, la planificación del tratamiento. Como se observó, un componente dimensional requerirá, casi siempre, la manipulación estadística de los datos clínicos para crear una puntuación cuantitativa. Como se requería una herramienta electrónica para efectuar el análisis estadísico, podría tener sentido utilizar una herramienta de este tipo para reunir los datos sobre síntomas en primer lugar.

Un tercer interrogante, crucial para enfrentar, pero que es probable que genere susceptibilidades, es el papel del experto clínico en la reunión de la información de síntomas básicos. Hay varias opciones para reunir los datos de síntomas primarios sobre los que se basan los diagnósticos del DSM: un médico capacitado que formule preguntas en una entrevista de forma libre; un médico que emplee una lista de verificación de síntomas o una entrevista semiestructurada como guía; un entrevistador no médico que utilice una entrevista totalmente estructurada; o un cuestionario respondido por el propio paciente. A menudo, se asume que un examen flexible a cargo de un psiquiatra experimentado es el patrón de referencia para un diagnóstico psiquiátrico válido, pero hay evidencia de que esto no es necesariamente así. De hecho, la evidencia considerable de estudios de la década de 1970 y previos de fiabilidad diagnóstica inaceptablemente baja entre psiquiatras experimentados (Helzer y cols., 1977) determinó la creación de entrevistas semiestructuradas o totalmente estructuradas, como el Esquema para Trastornos Afectivos y Esquizofrenia (Endicott y Spitzer, 1979), Entrevista Clínica Estructurada para Trastornos del DSM (Spitzer y cols., 1992) y Lista de Verificación del DSM (Hudziak y cols., 1993) para guiar las evaluaciones del clínico. Tampoco queda

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

claro que el uso de una entrevista semiestructurada como guía sea un patrón de referencia adecuado. Parte de la evidencia que cuestiona esta presunción proviene del estudio ECA (Robins y Regier, 1991), para el que se creó el Esquema de Entrevista Diagnóstica (DIS, *Diagnostic Interview Schedule*) a fin de permitir que entrevistadores no médicos "legos" reunieran los datos necesarios sobre síntomas para efectuar los diagnósticos del DSM-III. En dos de los centros del ECA, St. Louis, Missouri, y Baltimore, Maryland, se organizó un nuevo examen psiquiátrico de algunos participantes a fin de investigar la coincidencia entre los diagnósticos de los psiquiatras y de entrevistadores legos derivados de la DIS. En ambos centros, los psiquiatras usaron una entrevista semiestructurada para guiar sus exámenes. En ambos centros se observaron diferencias significativas en las tasas de prevalencia estimadas de determinados trastornos basadas en los resultados obtenidos por legos en comparación con las prevalencias estimadas basadas en las entrevistas de psiquiatras. El problema fue que los resultados de los psiquiatras eran contradictorios en los dos centros: más altos que los resultados de los legos para un diagnóstico dado, en un centro, pero más bajos en el otro. Como Baltimore y St. Louis son dos ciudades estadounidenses de extensión y demografía similares, la expectativa era que las estimaciones de prevalencia de enfermedad fueran razonablemente concordantes entre los dos centros al ser evaluadas con el mismo diseño de estudio. Esto era lo que ocurría cuando las estimaciones de prevalencia se basaban en la entrevista de los legos con el DIS. En cambio, las estimaciones de prevalencia basadas en las evaluaciones de los psiquiatras en los dos centros eran bastante diferentes. Las estimaciones de prevalencia más discordantes entre centros, basadas en la evaluación de los legos, eran, aun así, más consistentes que la diferencia menos discordante entre los psiquiatras (Robins, 1985).

Una posible conclusión de este hallazgo es que la interposición del criterio clínico en la indagación de datos de síntomas primarios introduce, en realidad, varianza residual. Un enfoque alternativo sería que los participantes informaran directamente los datos de síntomas, sin la intervención de una segunda parte. Quizá el mejor método de indagar información sobre síntomas es una entrevista autoadministrada por el paciente. Muchos estudios, que datan hasta de la década de 1970, indican que los datos de síntomas comunicados por los pacientes directamente a un ordenador son exactos en comparación con un examen psiquiátrico (Card y cols., 1974) y que, para conductas socialmente delicadas, los pacientes se sienten más cómodos (Perlis y cols., 2004) y son más sinceros (Lucas y cols., 1977) para comunicar síntomas positivos a un ordenador. Otros estudios confirmaron un grado mucho mayor de sinceridad durante la comunicación con otros dispositivos automatizados, como la Interactive Voice Response (Respuesta de voz interactiva). Por ejemplo, Kobak y cols. (1997) observaron que los que respondían admitían el doble de consumo de alcohol cuando lo informaban a un Interactive Voice Response que en entrevistas cara a cara o telefónicas con un médico. Utilizar entrevistas autoadministradas por el paciente como base de los instrumentos de entrevistas que se correspondan con los criterios del DSM-5 es una opción que debe ser considerada con seriedad por el Grupo Asesor sobre Instrumentos.

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

Anticipación de futuros interrogantes taxonómicos

Como se argumentó antes, la incorporación de un componente dimensional en el DSM-5 y el desarrollo de herramientas de evaluación uniformes ofrecen un fundamento racional para emprender una revisión de los criterios diagnósticos. Otra cuestión taxonómica seria podría ofrecer un fundamento importante para una futura revisión. Como se observó, los criterios diagnósticos del DSM ya fueron creados mediante un enfoque de arriba-abajo. Grupos de especialistas reconocidos consultan la bibliografía y sus conocimientos clínicos para crear definiciones de enfermedades. Un enfoque de abajo-arriba ofrece definiciones de enfermedades que se corresponden con la observación clínica; la prominencia de las definiciones para el trabajo clínico es evidente de inmediato; esto facilita la comunicación y la fiabilidad diagnóstica. El posible punto débil es que, en la medida que en los clínicos expertos imponen sus ideas preconcebidas sobre las definiciones diagnósticas, el enfoque de arriba-abajo deja de ser un proceso empírico. Las opiniones acerca de qué representan los criterios clínicos básicos para un diagnóstico específico difieren aun entre expertos. Además, la experiencia clínica tiende a estar sesgada, porque los pacientes que llegan para atención médica suelen ser los que presentan cuadros más graves y no representan, necesariamente, todo el espectro de un trastorno (Allardyce y cols., 2008). Las definiciones categoriales explícitas basadas en la observación clínica tienden a ser fiables, pero desviarse de un proceso empírico imponiendo preconceptos sobre la naturaleza puede limitar la validez.

Un enfoque alternativo sería crear definiciones de una manera totalmente empírica mediante un enfoque denominado de abajo-arriba. En lugar de confiar en un especialista experto, las definiciones diagnósticas serían creadas remitiendo grandes cantidades de datos clínicos de diversas muestras clínicas y poblacionales para investigación estadística a fin de determinar cómo se agrupan los síntomas en la naturaleza. La Lista de Verificación de Comportamiento Infantil (Child Behavior Checklist) (Achenbach, 1999) es un ejemplo bien conocido de un sistema diagnóstico de abajo-arriba puntuado dimensionalmente. Investigaciones recientes han explorado las relaciones entre categorías diagnósticas del DSM-IV y dimensiones comparables de la Lista de Verificación de Comportamiento Infantil (Achenbach y cols., 2005). Un análisis de datos de abajo-arriba de la lista de verificación provenientes de 39 culturas de todo el mundo halló uniformidad sustancial de expresión sindrómica entre grupos muy disímiles desde el punto de vista social (Ivanova y cols., 2007). El Proyecto de Espectros (Cassano y cols., 2004; Frank y cols., 1998; Maser y Akiskal, 2002; Maser y Patterson, 2002) es un ejemplo de una ampliación de abajo-arriba del DSM-IV para diagnósticos de adultos (véase Capítulo 3 de este volumen). Las definiciones obtenidas empíricamente se pueden corresponder mejor con etiologías de base biológica y ambiental. Asimismo, un enfoque de abajo-arriba permite una investigación más completa de la estructura "latente" de base de los trastornos. Esto podría ser importante al tratar el problema de la multiplicidad diagnóstica mencionado antes. Hay un debate en curso entre "agrupadores" y "fraccionadores" diagnósticos de la taxonomía psiquiátrica. La experimentación con un enfoque de abajo-arriba basado empírica-

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

mente para el diagnóstico podría ayudar a esclarecer mucho dónde debemos trazar las líneas diagnósticas.

Cuál de estos enfoques –arriba-abajo, abajo-arriba o alguna combinación de ambos– generaría definiciones de diagnóstico con la mejor validez diagnóstica de constructo y predictiva es una cuestión que debe ser explorada antes de cualquier nueva revisión del DSM. Como esta exploración requeriría varios años, las herramientas de evaluación del DSM-5 se deben estructurar de una manera que posibilite investigar y comparar enfoques de arriba-abajo y de abajo-arriba para que podamos capitalizar lo que se aprende y, es de esperar, mejorar la validez diagnóstica (Kendler, 1990; Robins y Guze, 1970). Si se pudiera mostrar que un enfoque de abajo-arriba determina un aumento significativo de la validez diagnóstica, esto aportaría suficiente justificación empírica para un DSM-6.

Bibliografía

Achenbach TM: The Child Behavior Checklist and related instruments. En: The Use of Psychological Testing for Treatment Planning and Outcomes Assessment, 2ª ed. Editado por Maruish ME. Hillsdale, NJ, Erlbaum, 1999, pp 429–466

Achenbach TM, Bernstein A, Dumenci L: DSM-oriented scales and statistically based syndromes for ages 18 to 59: linking taxonomic paradigms to facilitate multitaxonomic approaches (see comment). J Pers Assess 84:49–63, 2005

Allardyce J, Suppes T, van Os J: Dimensions and the psychosis phenotype. En: Dimensional Approaches in Diagnostic Classification: Refining the Research Agenda for DSM-V. Editado por Helzer J, Kraemer HC, Krueger RF, et al. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2008, pp 53–63

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual: Mental Disorders. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1952

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3ª ed. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1980

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3ª ed., revisada. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1987

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4ª ed. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4ª ed., texto revisado. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000

Card WI, Nicholson M, Crean GP, et al: A comparison of doctor and computer interrogation of patients. Int J Biomed Comput 5:175–187, 1974

Cassano GB, Rucci P, Frank E, et al: The mood spectrum in unipolar and bipolar disorder: arguments for a unitary approach. Am J Psychiatry 161:1264–1269, 2004

Coryell W, Tsuang MT: Major depression with mood-congruent or moodincongruent psychotic features: outcome after 40 years. Am J Psychiatry 142:479–482, 1985

Coryell W, Solomon D, Leon A, et al: Does major depressive disorder change with age? Psychol Med 19:1–7, 2009

Embretson SE, Reise SP: Item Response Theory for Psychologists. Mahwah, NJ, Erlbaum, 2000

Endicott J, Spitzer RL: Use of the Research Diagnostic Criteria and the Schedule or Affective Disorders and Schizophrenia to study affective disorders. Am J Psychiatry 136:52–56, 1979

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

Fawcett T: An introduction to ROC analysis. Pattern Recognit Lett 27:861–874, 2006

Frank E, Cassano GB, Shear MK, et al: The spectrum model: a more coherent approach to the complexity of psychiatric symptomatology. CNS Spectr 3:23–34, 1998

Hasin DS, Grant B: Nosological comparisons of DSM-III-R and DSM-IV alcohol abuse and dependence in a clinical facility: comparison with the 1988 National Health Interview Survey results. Alcohol Clin Exp Res 18:272–279, 1994

Helzer JE, Canino GJ (eds): Alcoholism in North America, Europe, and Asia. New York, Oxford University Press, 1992

Helzer J, Robins LN, Taibleson M, et al: Reliability of psychiatric diagnosis, I: a methodological review. Arch Gen Psychiatry 34:129–133, 1977

Helzer JE, Bucholz KK, Gossop M: A dimensional option for the diagnosis of substance dependence in DSM-V, in Dimensional Approaches in Diagnostic Classification: Refining the Research Agenda for DSM-V. Editado por Helzer J, Kraemer HC, Krueger RF, et al. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2008a, pp 19–34

Helzer JE, Wittchen HU, Krueger RF, et al: Dimensional options for DSM-V: the way forward, in Dimensional Approaches in Diagnostic Classification: Refining the Research Agenda for DSM-V. Editado por Helzer J, Kraemer HC, Krueger RF, et al. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2008b, pp 115–127

Hudziak J, Helzer JE, Wetzel MW, et al: The use of the DSM-III-R Checklist for initial diagnostic assessments. Compr Psychiatry 34:375–383, 1993

Ivanova MY, Dobrean A, Dopfner M, et al: Testing the 8-syndrome structure of the child behavior checklist in 30 societies. J Clin Child Adolesc Psichol 36:405–417, 2007

Kendler KS: Toward a scientific psychiatric nosology: strengths and limitations. Arch Gen Psychiatry 47:969–973, 1990

Kessler RC: The World Health Organization International Consortium in Psychiatric Epidemiology (ICPE): initial work and future directions—the NAPE Lecture 1998. Nordic Association for Psychiatric Epidemiology. Acta Psychiatr Scand 99:2–9, 1999

Kiernan M, Kraemer HC, Winkleby MA, et al: Do logistic regression and signal detection identify different subgroups at risk? Implications for the design of tailored interventions. Psychol Methods 6:35–48, 2001

Kobak KA, Taylor LH, Dottl SL, et al: Computerized screening for psychiatric disorders in an outpatient community mental health clinic. Psychiatr Serv 48:1048–1057, 1997

Kraemer HC: Evaluating Medical Tests: Objective and Quantitative Guidelines. Newbury Park, CA, Sage, 1992

Lucas RW, Mullin PJ, Luna CB, et al: Psychiatrists and a computer as interrogators of patients with alcohol-related illnesses: a comparison. Br J Psychiatry 131:160–167, 1977

Martin CS, Kaczynski NA, Maisto SA, et al: Patterns of DSM-IV alcohol abuse and dependence symptoms in adolescent drinkers. J Stud Alcohol 56:672–680, 1995

Maser JD, Akiskal H: Spectrum concepts in major mental disorders. Psychiatr Clin North Am 25:xi–xiii, 2002

Maser JD, Patterson T: Spectrum and nosology: implications for DSM-V. Psychiatr Clin North Am 25:855–885, 2002

Perlis TE, Des Jarlais DC, Friedman SR, et al: Audio-computerized self-interviewing versus face-to-face interviewing for research data collection at drug abuse treatment programs. Addiction 99:885–896, 2004

Pope HG Jr, Lipinski JF Jr: Diagnosis in schizophrenia and manic-depressive illness: a reassessment of the specificity of "schizophrenic" symptoms in the light of current research. Arch Gen Psychiatry 35:811–828, 1978

Robins E, Guze SB: Establishment of diagnostic validity in psychiatric illness: its application to schizophrenia. Am J Psychiatry 126:983–987, 1970

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

Robins LN: Epidemiology: reflections on testing the validity of psychiatric interviews. Arch Gen Psychiatry 42:918–924, 1985

Robins LN, Regier DA (eds): Psychiatric Disorders in America. New York, Free Press, 1991

Robins LN, Wing J, Wittchen HU, et al: The Composite International Diagnostic Interview: an epidemiologic instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. Arch Gen Psychiatry 45:1069–1077, 1988

Saha TD, Chou SP, Grant BF: Toward an alcohol use disorder continuum using item response theory: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. Psychol Med 36:931–941, 2006

Simeon D, Hollander E (eds): Self-Injurious Behaviors: Assessment and Treatment. Washington, DC, American Psychiatric Press, 2001

Spitzer RL, Williams JB, Gibbon M, et al: The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID), I: history, rationale, and description. Arch Gen Psychiatry 49:624–629, 1992

van Praag HM: Two-tier diagnosing in psychiatry. Psychiatry Res 34:1–11, 1990

Wanberg KW, Horn JL: Assessment of alcohol use with multidimensional concepts and measures. Am Psychol 38:1055–1069, 1983

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

CAPÍTULO 6

PROTOTIPOS DE TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD DERIVADOS EMPÍRICAMENTE

PUENTES ENTRE DIMENSIONES Y CATEGORÍAS DEL DSM-5

Robert F. Krueger, Ph.D.
Nicholas R. Eaton, M.A.
Susan C. South, Ph.D.
Lee Anna Clark, Ph.D.
Leonard J. Simms, Ph.D.

En las ediciones modernas del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) –es decir, del DSM-III al DSM-IV-TR (American Psychiatric Association 1980, 1987, 1994, 2000)–, se ha reconocido la relevancia clínica de la personalidad mediante la existencia del Eje II. La creación de este eje representó un impulso fundamental para un florecimiento del interés en los trastornos de la personalidad (Blashfield e Intoccia, 2000). En cualquier paciente dado, un clínico puede registrar no sólo el diagnóstico clínico actual en el Eje I, sino también un trastorno de la personalidad o características relevantes en el Eje II. No obstante, la conceptualización del trastorno de la personalidad en las ediciones modernas del DSM, en términos de trastornos categoriales y categorialmente distintos, muestra notables limitaciones. Estas limitaciones se han analizado de manera exhaustiva en otras publicaciones e incluyen factores como gran comorbilidad, superposición de síntomas, presentaciones heterogéneas, falta de fiabilidad y de validez o utilidad del tratamiento para algunos trastornos de la personalidad (Clark, 2007; Jablensky, 2002; Livesley, 2003; Millon, 2002; Tyrer, 2007). Como consecuencia de

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

estas limitaciones, hay "notoria insatisfacción con la conceptualización y definición actuales del DSM-IV-TR" (First y cols., 2002, p. 124).

Dos autores de este capítulo, los doctores Krueger y Clark, son miembros del Grupo de Trabajo de Personalidad y Trastornos de la Personalidad del DSM-5. Este capítulo contiene parte del pensamiento de ellos y los otros autores de esta colaboración acerca de las orientaciones clave por seguir mientras se trabaja hacia el DSM-5. El capítulo no representa la posición oficial del Grupo de Trabajo de Personalidad y Trastornos de la Personalidad del DSM-5 ni podemos predecir con confianza la conceptualización exacta de la personalidad y los trastornos de la personalidad que se incluirán en el DSM-5. No obstante, comentamos aquí algunas ideas que han surgido en nuestra investigación colaborativa reciente. Estamos esperanzados en que resulten útiles mientras nos esforzamos para llegar a un enfoque del DSM-5 que apunte a superar algunas de las limitaciones del DSM-IV.

Prototipos de personalidad como configuraciones de rasgos: posibilidades empíricas

En ediciones previas del DSM, se consideraron modelos dimensionales de la personalidad y el trastorno de la personalidad, pero no se adoptaron por diversas razones. Widiger y cols. (2005) resumieron las actas de la reunión pre-DSM-5 de diciembre de 2004, auspiciada por el American Psychiatric Institute for Research and Education (Insitituto Psiquiátrico de Investigación y Educación de Estados Unidos) sobre trastornos de la personalidad, en la que un tema importante fue la armonización de diversos sistemas de clasificación de rasgos.

Una cuestión importante fue la plétora de sistemas de clasificación de rasgos articulados. Por fortuna, esta cuestión se encaró desde una perspectiva empírica. Se modelaron juntos rasgos específicos y dominios amplios de rasgos planteados en diversos sistemas para observar cómo se relacionan entre sí estos síntomas. Cuando se efectúa esto, diversos sistemas de clasificación de rasgos se alinean con bastante orden y claridad, y convergen en dominios amplios de 1) desregulación emocional/afecto negativo, 2) introversión, 3) antagonismo y 4) irresponsabilidad. Investigaciones recientes, que enriquecen los conjuntos de rasgos de trastornos de la personalidad con índices de características de trastornos de personalidad del Grupo A del DSM-IV (p. ej., esquizotípico), demostraron que un sistema completo también debería incluir un quinto dominio de peculiaridad/rareza (Harkness y McNulty, 2006; Tackett y cols., 2008; Watson y cols., 2008).

Sobre la base de esta bibliografía, nuestro concepto es que la especialidad ha progresado hasta el punto en que los datos ahora obvian las cuestiones respecto de "qué modelo dimensional tiene aval empírico" en términos de los amplios dominios abarcativos de un sistema derivado empíricamente. También cabe destacar la manera en la que estos dominios confieren riesgo de presentar los múltiples trastornos mentales del Eje I: los patrones de comorbilidad entre trastornos mentales comunes se corresponden estrechamente con el riesgo basado en la

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

estructura subyacente de la personalidad para estas entidades (Krueger y Markon, 2006; Krueger y Tackett, 2006).

De todos modos, una cuestión clave para implementar un sistema dimensional para la personalidad en un manual diagnóstico concierne a aplicar dominios amplios de rasgos a pacientes específicos. Los dominios amplios, como desregulación emocional/afecto negativo, son constructos organizativos cruciales, pero son algo abstractos en términos de la conceptualización de un determinado paciente. Descender al nivel de facetas específicas (p. ej., tendencias al daño autoinfligido como faceta específica de desregulación emocional/afecto negativo) mejora la riqueza y la fidelidad de la conceptualización de casos para la aplicación clínica, pero aumenta la complejidad del sistema. Un sistema de rasgos complejo y detallado, aunque más rico desde el punto de vista psicológico, puede resultar imposible de aplicar en la práctica clínica cotidiana.

En el trabajo descrito en este capítulo, hemos considerado un posible medio empírico para tender un puente entre la riqueza de un sistema detallado de descripción de rasgos y la necesidad de aplicar ese sistema a pacientes específicos. La investigación que converge en los "cinco dominios anormales" mencionados antes enfoca las maneras de asociación de las variables entre sí cuando se las utiliza como descriptores de personas. Este trabajo está "centrado en la variable" (Block, 1971), mientras que las tecnologías estadísticas más modernas permiten modelos más rigurosos de la tendencia de distribución de las personas en un espacio delineado por una serie específica de variables, lo que permite un enfoque "centrado en la persona" para modelar datos de personalidad. La idea de estudiar la personalidad de un modo centrado en la persona no es de ninguna manera nueva; una serie de teóricos importantes de la personalidad exploraron este enfoque (p. ej., Asendorpf, 2006; Block, 1971; Caspi, 1998; Hart y cols., 2003; Magnusson, 1998; Pulkkinen, 1996; Robins y Tracy, 2003; van Leeuwen y cols., 2004), incluida su utilidad para conceptualizar la personalidad en contextos clínicos (Westen y cols., 2006). Asimismo, los enfoques basados en modelos, centrados en la persona, tienen la utilidad de analizar la heterogeneidad dentro de constructos existentes de trastornos de la personalidad, como el trastorno de la personalidad fronteriza (Lenzenweger y cols., 2008).

Una característica novedosa del trabajo aquí presentado es la aplicación de un enfoque basado en modelos, centrado en la persona, para tender un puente entre conceptualizaciones dimensionales y categoriales de personalidad normal y anormal. Específicamente, nuestro enfoque de modelos comenzó con 15 dimensiones detalladas de un instrumento de evaluación –el Esquema de Personalidad No Adaptativa y Adaptativa (SNAP, Clark, 1993)–, que delinean con claridad las principales dimensiones que abarcan la personalidad normal y anormal. Adoptamos un enfoque nuevo para modelar el SNAP aplicando agrupación basada en modelos (modelado de mezcla) a una base de datos extensa del SNAP. Este enfoque nos permitió ir más allá de la pregunta estructural modal de la bibliografía: "¿Cómo están asociadas entre sí las variables delineadas por un instrumento o una serie de instrumento (p. ej., el SNAP)?". En concreto, mediante una agrupación basada en modelos, pudimos preguntar: "¿Cómo tienden a distribuirse las personas en el espacio delineado por las dimensiones del SNAP? ¿Podemos identificar grupos de

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

personas significativos y distinguibles? ¿Podrían servir estos grupos como prototipos de personalidad derivados empíricamente, aplicables en la clínica?".

Método

Participantes

La muestra total (n = 8.690) de este estudio estaba compuesta por 24 submuestras de participantes, todos los cuales habían completado antes el SNAP. Estas submuestras incluían pacientes clínicos (25% de la muestra total), estudiantes universitarios (35,8%), participantes de la comunidad (9,3%) y reclutas militares (29,9%; véanse más detalles y citas de las muestras componentes en el Cuadro 6-1). La muestra total contaba con un 52,9% de mujeres (faltaban los datos de género de tres participantes). Los participantes se identificaron a sí mismos como caucásicos (65,9%), afroamericanos (8,3%) y otros (9,4%; faltaron datos sobre origen étnico del 16,4% de los pacientes). Los participantes tenían un rango etario de 17 a 85 años (media = 26,7 años; DE = 10,47; datos faltantes 1%).

Evaluación

El SNAP es un cuestionario de personalidad de 375 ítems autoadministrado que comprende 15 dimensiones del nivel faceta derivadas empíricamente de personalidad normal y patológica: 1) temperamento negativo, 2) desconfianza, 3) capacidad de manipulación, 4) agresión, 5) daño autoinfligido, 6) percepciones excéntricas, 7) dependencia, 8) temperamento positivo, 9) exhibicionismo, 10) atribución de derechos, 11) desapego, 12) desinhibición, 13) impulsividad, 14) decoro y 15) adicción al trabajo. Las propiedades psicométricas del SNAP son sólidas y se han descrito antes (Clark, 1993).

Análisis de datos

Utilizamos el modelo de mezcla finita para determinar si los participantes resultan incluidos en distintos grupos, definidos por distribuciones multivariadas de puntuaciones en las 15 dimensiones de personalidad del SNAP. El paquete de software MCLUST (Versión 3) (Fraley y Raftery, 2007) –en el lenguaje estadístico *R*– nos posibilitó llevar a cabo un análisis por grupos basado en el modelo. Este tipo de análisis estima la cantidad óptima de grupos de individuos necesarios para representar los patrones de datos de la escala de personalidad en la muestra total. Además del *número* de grupos, este análisis nos permitió determinar si estos grupos tienen el mismo volumen, forma y orientación en el espacio geométrico. Por último, se estimaron el vector medio y la matriz de covarianza para cada una de las 15 escalas del SNAP para cada grupo de trastorno de la personalidad identificado.

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

CUADRO 6-1. Descripción de muestras incluidas en la serie de datos total (*n* = 8.690)

Tipo de muestra	*n*	Descripción de la muestra	Fuentes
Universitaria	1.888	Estudiantes no graduados reclutados en la Southern Methodist University y la University of Iowa	Casillas y Clark, 2002; Clark y cols., 2009; Harlan y Clark, 1999; Ready y cols., 2000, 2001; Wu y Clark, 2003
	1.233	Estudiantes no graduados reclutados en la University of Virginia	Oltmanns y Turkheimer, 2006
Militar	2.026	Cadetes de la Fuerza Aérea en entrenamiento básico	Oltmanns y Turkheimer, 2006
	572	Veteranos de la Guerra del Golfo	Simms y cols., 2005
Comunitaria	173	Adoptados reclutados por el Departamento de Psiquiatría, University of Iowa	Cadoret y Langbehn, datos brutos no publicados
	636	Adultos de la comunidad reclutados en Dallas, TX, Minneapolis/St.Paul, MN, y Iowa City, IA	Clark y cols., 2009; Vittengl y cols., 1999
Pacientes	1.458	Muestras mixtas de pacientes reunidas en Dallas, TX, y Iowa City, IA	Casillas y cols., manuscrito en revisión; Clark y cols., 2003; Clark y cols., 2009; Ready y Clark, 2002; Reynolds y Clark, 2001; Vittengl y cols., 1999
	714	Pacientes del Estudio Colaborativo Longitudinal de Trastornos de la Personalidad	Morey y cols., 2003

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

Ajustamos seis modelos, cada uno de los cuales se calculó con uno-nueve grupos, a los datos. Los seis modelos diferían en el grado de limitación de los volúmenes, formas y orientaciones de los grupos. El Cuadro 6-2 da las características del grupo de estos seis modelos. Por ejemplo, muestra que el modelo 1 limita a todos los grupos a ser de forma esférica e igual volumen. El volumen de cada grupo se corresponde con su tamaño en el espacio multivariado e indexa la heterogeneidad del grupo. Es decir, los individuos de un grupo pequeño son todos más similares entre sí que los miembros de un grupo más grande. La forma de cada grupo se relaciona con las magnitudes relativas de los valores propios (*eigenvalues*) de la matriz-covarianza dentro de los grupos e indexa la variabilidad relativa de los individuos a lo largo de las variables que definen el grupo. Así, por ejemplo, en un grupo de dos variables, cuanto más elongada es la forma del grupo, más amplia es la dispersión de los individuos en una variable en comparación con su dispersión en la otra. La orientación de cada grupo se relaciona con vectores propios de la matriz de covarianza e indexa cómo se relaciona el grupo con los ejes de orientación.

La Figura 6-1 presenta una descripción visual de estas características para un análisis hipotético. En este ejemplo, las respuestas de los participantes sobre las dos variables (X e Y) se analizaron por grupo, lo que determinó una solución de cuatro grupos (A, B, C y D). Por ejemplo, el grupo A representa un grupo muy homogéneo de individuos que tienen puntuaciones bajas en la variable X y puntuaciones altas en la variable Y. Con respecto al volumen, el grupo A es el de menor volumen, los grupos B y D tienen volúmenes similares, y el grupo C es el de mayor volumen, lo que significa que, en términos de homogeneidad de los grupos, A > B, B > C, etc. En cuanto a la forma, el grupo A es circular mientras que los grupos B, C y D son elípticos, lo que implica que los individuos están igual de dispersos a lo largo de los dos rasgos en el grupo A, pero están más dispersos a lo largo de un rasgo que del otro en los tres grupos restantes. Respecto de la orientación, los grupos C y D tienen orientaciones similares, que difieren de la del grupo B. Específicamente, las puntuaciones de los miembros del grupo en las variables X e Y muestran una correlación positiva dentro de los grupos C y D, una correlación negativa en el grupo B y ausencia de correlación en el grupo A que, al ser circular, no tiene ninguna orientación. Para información adicional relacionada con estas características y el uso de análisis por grupos basado en modelos en la personalidad (psicopatía) en general, véase, por ejemplo, Hicks y cols. (2004).

Se determinaron las propiedades óptimas de número, volumen, forma y orientación para los subtipos de trastornos de la personalidad por comparación del estadístico bondad del ajuste de los criterios de información bayesianos (BIC). Se asignaron los valores de BIC más favorables a modelos que 1) explican mejor los datos observados y 2) minimizan el número de parámetros estimados (es decir, modelos más parsimoniosos). Como cada modelo investigado arroja un valor de BIC único, es posible comparar simultáneamente los valores de BIC de todos los modelos para determinar qué modelo es óptimo. En MCLUST, los valores de BIC que son menos negativos –en otras palabras, los valores de BIC más cercanos a cero– indican un mejor ajuste. Una diferencia de 10 entre dos valores de BIC indica que las probabilidades son de 150:1 de que el modelo con el BIC más cercano a cero sea el que mejor se ajusta de los dos (Raftery, 1995). Una vez que se han

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

CUADRO 6-2. Valores del criterio de información bayesiano (BIC) para modelos ajustados

Modelo	Características del grupo			Número de grupos								
	Forma	Volumen	Orientación	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	Esférica	Igual	NE	-763.232	-737.715	-729.896	-724.941	-720.497	-716.794	-715.028	-713.091	-712.237
2	Esférica	Varía	NE	-763.232	-733.426	-726.854	-720.539	-716.358	-712.324	-710.752	-708.170	-707.048
3	Elipsoidal	Igual	Igual	-694.125	-693.569	-690.178	-689.174	-689.151	-687.522	-687.309	-686.518	-686.729
4	Elipsoidal	Igual	Varía	-694.125	-688.285	-687.911	-686.437	-686.608	-686.469	-686.072	-686.660	-686.242
5	Elipsoidal	Varía	Varía	-694.125	-683.001	-681.091	-680.861	-679.687	-679.363	**-679.235**	-679.734	-679.579
6	Varía	Varía	Varía	-694.125	-681.877	-679.647	-679.496	—	—	—	—	—

Nota. Las entradas de la tabla numérica representan valores del BIC; el valor que indica el mejor ajuste del modelo está en negrita. Los seis modelos están ordenados por parsimonia, y el modelo 1 es el más parsimonioso. Los modelos podían incluir grupos de forma esférica, elipsoidal o una combinación de ambas (es decir, "Varía"). El volumen estimado de los grupos podía ser igual (es decir, todos los grupos tienen el mismo volumen) o variable entre los grupos. La orientación también podía ser igual o variable entre los grupos.
NE = orientación no estimada, debido a la forma esférica del grupo. Los guiones para el modelo 6 indican que, en este análisis, no se pudieron estimar modelos con cinco o más grupos. Todos los valores de BIC se redondearon al número entero más cercano.

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

verificado el número y las características óptimas de los grupos por comparación de modelos, se asigna a cada participante como miembro del grupo más probable sobre la base de sus respuestas al SNAP. Se calcula una medida de incertidumbre para cada participante que indica el grado de confianza de que éste sea un "miembro verdadero" del grupo al que es asignado.

Resultados

Los valores de BIC resultantes del análisis por grupos se presentan numéricamente en el Cuadro 6-2 y gráficamente, en la Figura 6-2. El modelo de mejor ajuste tenía un valor de BIC de –679.235 (en negrita en el Cuadro 6-2) y consistía en siete grupos elipsoidales con volúmenes y orientaciones variables. El segundo modelo en orden decreciente de ajuste era similar, pero tenía un grupo menos (BIC = –679.363). La magnitud de la diferencia entre estos dos valores de BIC indicó que el modelo de siete grupos era el óptimo, aunque el modelo de seis grupos fue ligeramente más parsimonioso. Si bien no se pudieron estimar unos pocos valores de BIC para el modelo 6 en este análisis, se pueden extraer varias conclusiones de los resultados: 1) hay numerosas subpoblaciones en estos datos; 2) siete grupos determinan el mejor ajuste; y 3) los grupos son elipsoidales y tienen diferentes volúmenes y orientaciones en el espacio geométrico.

Una vez identificado el modelo óptimo, se calcularon las probabilidades posteriores de membrecía en cada uno de los siete grupos para todos los participantes. Después, cada participante fue asignado al grupo con la máxima probabilidad de membrecía para él o ella. Sin embargo, estas asignaciones a grupos se asociaron con grados variables de incertidumbre inversamente relacionados con la magnitud de las probabilidades posteriores. Por ejemplo, si la probabilidad posterior de membrecía en un grupo particular era cercana a 1,0, el nivel de incertidumbre asociado con su asignación a este grupo era pequeño (cercano a cero). Si las probabilidades posteriores de membrecía en dos grupos de un individuo eran, ambas, cercanas a 0,5, el nivel de incertidumbre asociada con su asignación final a un grupo era cercano a 0,5 (es decir, la asignación a un grupo en lugar de al otro tenía apenas más certeza que la determinada por el azar). Los siete grupos se asociaron con niveles variables de incertidumbre de asignación promedio, como se puede observar en el Cuadro 6-3, que varió de 0,127 (grupo 6) a 0,227 (grupo 7). Estos resultados indican que, aunque los grupos diferían en cierta medida en la certeza promedio con la que eran asignados sus miembros, aun la máxima incertidumbre de asignación promedio fue menor del 25%.

Los siete grupos que surgieron de nuestros análisis diferían mucho en tamaño y composición demográfica (véase cuadro 6-4). El grupo menos numeroso (grupo 5; n = 865) tenía casi la mitad de miembros que el más numeroso (grupo 2; n = 1.677). Los grupos tendían a estar integrados por una cantidad ligeramente mayor de mujeres, y el grupo 5 tenía el máximo porcentaje de miembros femeninos (alrededor del 60%), y la edad promedio de los miembros del grupo variaba de 22 años (grupo 3) a 29 años (grupo 2).

Los grupos también diferían en la proporción de miembros que provenían de muestras de pacientes, universidades, comunidad y fuerzas armadas (Cuadro 6-4).

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

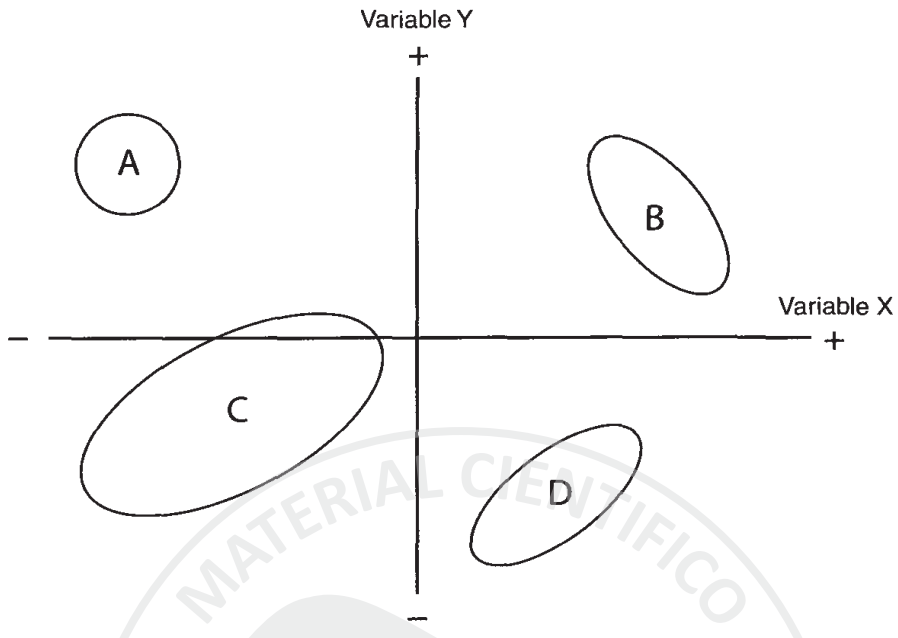


FIGURA 6-1. Ejemplo hipotético de una solución de cuatro grupos sobre dos variables (X e Y).

Los grupos 2 y 5 estaban compuestos, fundamentalmente, por pacientes, mientras que los grupos 3, 4 y 6 tenían menos pacientes. Los estudiantes universitarios representaban la mayoría de los miembros del grupo 3; los reclutas militares, el 61% del grupo 4 y más de la mitad del grupo 6. Sólo los grupos 1 y 7 no tenían una mayoría de miembros de una muestra de pacientes, universidades, comunidad o fuerzas armadas. La subpoblación más grande del grupo 1 correspondía a estudiantes universitarios (45,7%), mientras que el grupo 7 mostraba una pluralidad de estudiantes universitarios (37,9%), así como porcentajes notables de militares (27,8%) y pacientes (26,6%).

Cada uno de los siete grupos mostraba configuraciones diferentes de las medias de la escala-SNAP. Transformamos las escalas SNAP de la muestra total en puntuaciones *T* para la discusión siguiente. La Figura 6-3 ilustra los perfiles del SNAP para los grupos; para simplificar la presentación, se separaron los grupos en tres gráficos con ejes idénticos a fin de facilitar la comparación. El Cuadro 6-5 comunica las medias y las desviaciones estándares de los grupos en cada escala del SNAP. Los grupos diferían notoriamente en las medias y desviaciones estándares de sus escalas, así como en los patrones de elevación entre las escalas. Para facilitar la interpretación y comparación de estos perfiles algo complejos, el Cuadro 6-5 presenta en negrita las puntuaciones *T* que son la mitad de la desviación estándar mayores o menores que la media de toda la muestra de 50 (es decir, < 45 o > 55), y las > 55 figuran en negrita *y* subrayadas. Asimismo, se asignó a cada grupo un rótulo informal para ayudar a conceptualizar a sus miembros.

El grupo 1 (n = 1.374; 46% estudiantes universitarios, 24% reclutas militares) no mostró ninguna escala elevada por encima de 55, pero cuatro cayeron por debajo de 45: desconfianza, agresión, daño autoinfligido y percepciones excéntricas.

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

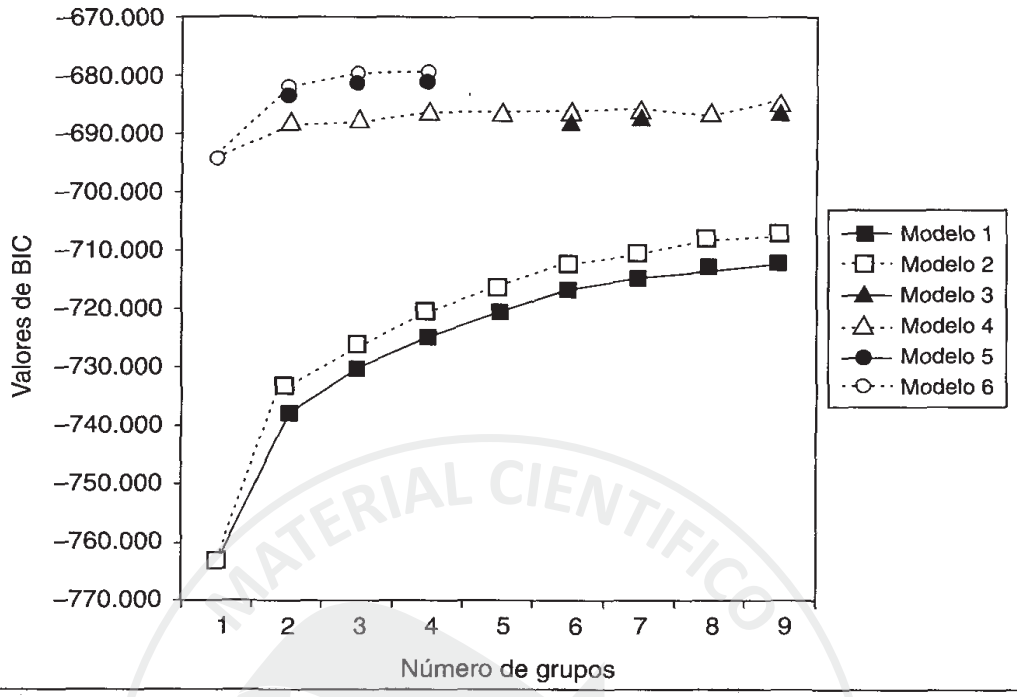


FIGURA 6-2. Valores de los criterios de información bayesianos (BIC) para los seis modelos ajustados con uno-nueve grupos.

CUADRO 6-3. Asignación promedio de incertidumbre a los miembros de cada grupo

Grupo	Incertidumbre	
	media	DE
1	0,210	0,177
2	0,149	0,169
3	0,208	0,173
4	0,190	0,176
5	0,181	0,165
6	0,127	0,156
7	0,227	0,174

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

Como la mayoría de las escalas SNAP determinaban puntuaciones más altas en caso de mayor patología, estas puntuaciones bajas indican que los individuos del grupo 1 presentaban, en promedio, niveles *más bajos* de desconfianza, agresión, daño autoinfligido y percepciones excéntricas que los individuos de la muestra total. Las desviaciones estándares relativamente bajas de estas cuatro escalas también indican que los miembros del grupo 1 tendían a no variar mucho alrededor de estos promedios de escala bajos del grupo. Se podría calificar a este grupo como "personalidad normal o típica".

Los individuos del grupo 2 (n = 1.677; 53% pacientes, 29% estudiantes universitarios) mostraban niveles más altos de temperamento negativo, daño autoinfligido, dependencia y desapego, y menores niveles de temperamento positivo. Este grupo se puede conceptualizar informalmente como de "distrés-dependencia".

Los individuos del grupo 3 (n = 1.196; 61% estudiantes universitarios, 27% reclutas militares) comunicaron altos niveles de temperamento positivo, exhibicionismo y atribución de derechos, unidos a bajos niveles de daño autoinfligido y desapego. Dados el perfil SNAP de este grupo, la edad promedio de sus miembros (22,1 años) y su alto porcentaje de estudiantes universitarios, se podría considerar que estos individuos son "proclives a cometer excesos juveniles".

El grupo 4 (n = 1.288; 61% reclutas militares, 22% estudiantes universitarios) mostraba elevaciones de temperamento positivo, decoro y adicción al trabajo, y bajos niveles de agresión, daño autoinfligido, desinhibición e impulsividad. Los individuos de este grupo se podrían rotular de "abejas obreras".

El grupo 5 (n = 865; 59% pacientes, 27% estudiantes universitarios) estaba integrado por individuos que tenían niveles más altos que el promedio de temperamento negativo, desconfianza, capacidad de manipulación, agresión, daño autoinfligido, percepciones excéntricas, dependencia, desapego, desinhibición e impulsividad, pero también niveles más bajos que el promedio de temperamento positivo. Estos individuos presentaban una amplia gama de rasgos de personalidad patológicos; la mejor manera de conceptualizar a este grupo sería como el "trastornos de la personalidad graves".

Los individuos del grupo 6 (n = 961; reclutas militares 52%, estudiantes universitarios 26%) mostraban alto temperamento positivo junto con bajos niveles de temperamento negativo, desconfianza, capacidad de manipulación, agresión, daño autoinfligido, percepciones excéntricas, dependencia, desapego, desinhibición e impulsividad. Los individuos de este grupo presentaban bastante represión y podrían ser rotulados informalmente de "represores".

Por último, el grupo 7 (n = 1.329; 38% estudiantes universitarios, 28% reclutas militares) mostraba alta agresión y baja dependencia. Este grupo se podría rotular de "rebelde".

Discusión

Presentamos evidencia preliminar sobre la posible utilidad de un enfoque de modelo de mezcla/agrupación, basado en modelos, para tender un puente entre las dimensiones finas de la personalidad y la necesidad de aplicar esas dimensiones a pacientes específicos a través de la delineación de prototipos. Hallamos evi-

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

CUADRO 6.4 Características demográficas de los grupos

Grupo	*N*	Mujeres, %	Media de edad (DE)	Miembros del grupo por tipo simple, %			
				Paciente	Universitario	Comunidad	Militar
1	1.374	51,1	26,9 (11,3)	14,1	45,7	16,2	23,9
2	1.677	54,7	29,2 (10,8)	52,5	29,4	5,8	12,3
3	1.196	52,8	22,1 (7,4)	5,0	60,6	7,5	26,8
4	1.288	52,0	25,8 (9,7)	7,6	21,8	9,5	61,0
5	865	59,9	28,8 (10,2)	59,3	26,6	3,8	10,3
6	961	52,2	27,6 (11,9)	7,7	26,0	14,6	51,7
7	1.329	49,0	26,1 (9,8)	26,6	37,9	7,8	27,8

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

CUADRO 6.5 Esquema de las medias (y desviaciones estándares) de la Escala de Personalidad No Adaptativa y Adaptativa (SNAP, *Schedule of Nonadaptative and Adaptative Personality)*

	Grupo						
Medida de la escala SNAP	1	2	3	4	5	6	7
Temperamento negativo	45,2 (7,6)	**55,8** (6,9)	48,1 (8,5)	46,7 (7,6)	**65,0** (2,6)	**38,1** (3,9)	51,4 (8,2)
Desconfianza	**41,8** (4,4)	53,0 (8,7)	47,0 (7,3)	51,9 (8,1)	**64,3** (6,7)	**40,0** (3,6)	53,5 (8,9)
Capacidad de manipulación	45,6 (5,7)	54,0 (10,1)	54,4 (9,2)	43,6 (4,6)	**58,6** (11,3)	**41,0** (3,2)	52,7 (9,6)
Agresión	**44,4** (4,0)	53,4 (10,1)	50,6 (7,7)	**44,9** (4,2)	**60,0** (12,1)	**41,8** (2,2)	**55,3** (11,2)
Daño autoinfligido	**44,3** (2,7)	**59,6** (9,6)	**44,4** (2,8)	**44,1** (2,6)	**64,8** (11,4)	**42,5** (1,2)	50,4 (6,1)
Percepciones excéntricas	**42,6** (4,4)	50,9 (9,5)	51,4 (8,7)	51,4 (9,0)	**59,7** (10,4)	**41,9** (4,2)	53,5 (10,4)
Dependencia	49,5 (9,3)	**57,4** (10,5)	49,0 (8,3)	46,2 (6,0)	**58,9** (11,6)	**44,5** (5,6)	**44,0** (5,1)
Temperamento positivo	48,4 (8,3)	**42,3** (10,0)	**58,1** (4,2)	**55,4** (5,9)	**43,2** (10,5)	**56,4** (4,9)	48,7 (9,6)
Exhibicionismo	47,5 (8,4)	46,5 (9,5)	**59,2** (7,4)	49,7 (9,4)	47,2 (10,6)	51,1 (8,9)	50,0 (9,9)
Atribución de derechos	47,0 (8,4)	46,7 (10,5)	**55,1** (8,9)	52,8 (8,9)	47,1 (11,5)	50,0 (8,0)	51,9 (10,0)
Desapego	46,8 (7,0)	**55,8** (9,8)	**42,2** (4,1)	48,9 (8,1)	**58,5** (10,2)	**41,3** (3,5)	54,9 (9,6)
Desinhibición	46,5 (7,0)	52,5 (9,6)	54,1 (9,1)	**43,3** (5,4)	**57,6** (10,4)	**41,8** (4,8)	54,3 (10,6)
Impulsividad	48,0 (8,0)	53,4 (9,9)	53,8 (9,8)	**42,7** (4,9)	**56,6** (10,0)	**41,8** (4,9)	53,0 (10,2)
Decoro	47,2 (9,8)	47,9 (9,8)	48,3 (9,3)	**58,1** (5,7)	49,6 (10,1)	53,9 (8,2)	46,8 (10,5)
Adicción al trabajo	46,4 (9,3)	49,0 (10,5)	48,2 (8,6)	**55,4** (8,4)	53,2 (11,3)	49,8 (8,3)	49,5 (10,2)

Note. Las medias que superan más de la mitad de la desviación estándar respecto de la media de la puntuación *T* (es decir, < 45 o > 55) están en negrita; aquellas en negrita que corresponden a puntuación *T* > 55 también están subrayadas.

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

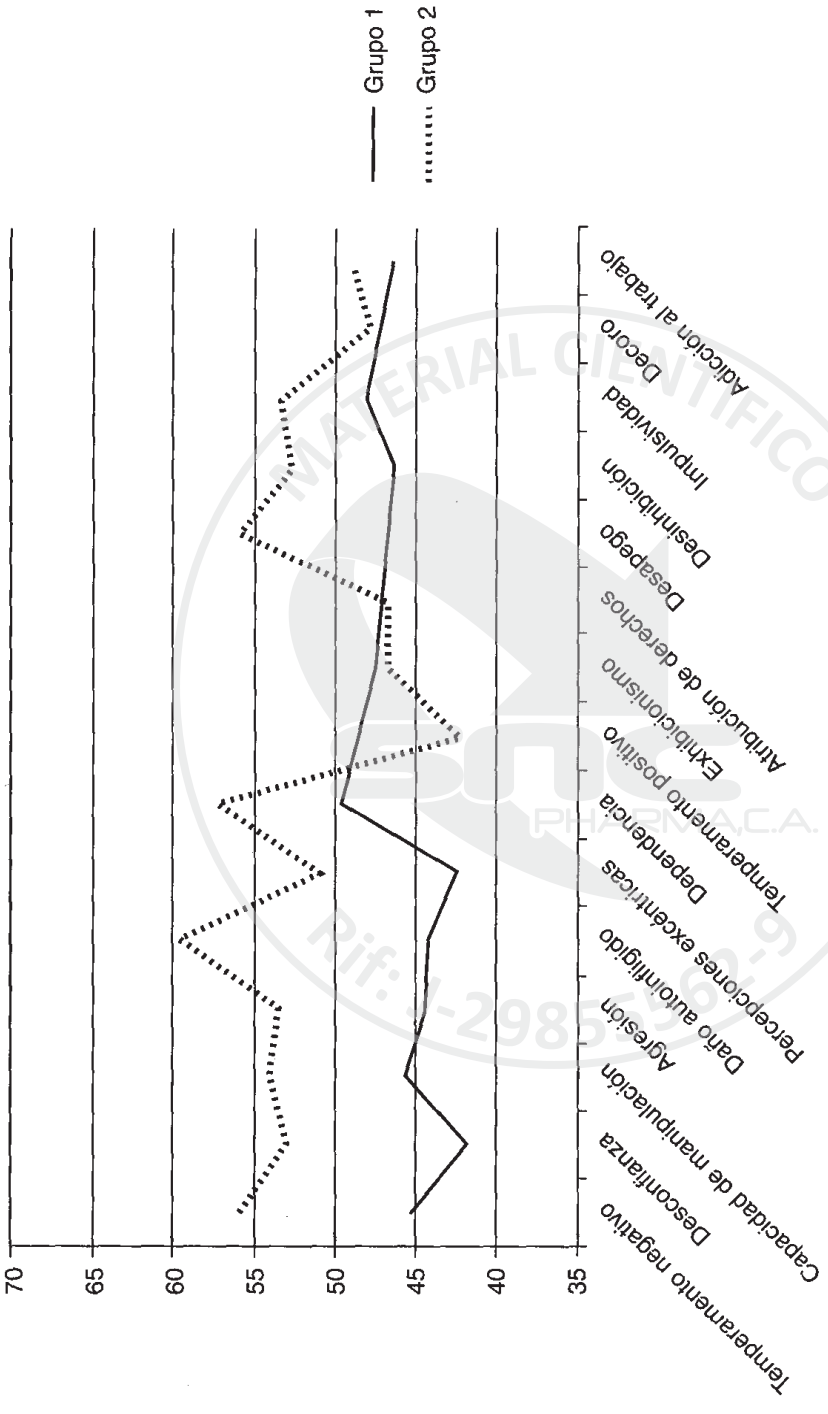


FIGURA 6-3. Esquema de las puntuaciones *T* de la escala de Personalidad No Adaptativa y Adaptativa para cada uno de los siete grupos.

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

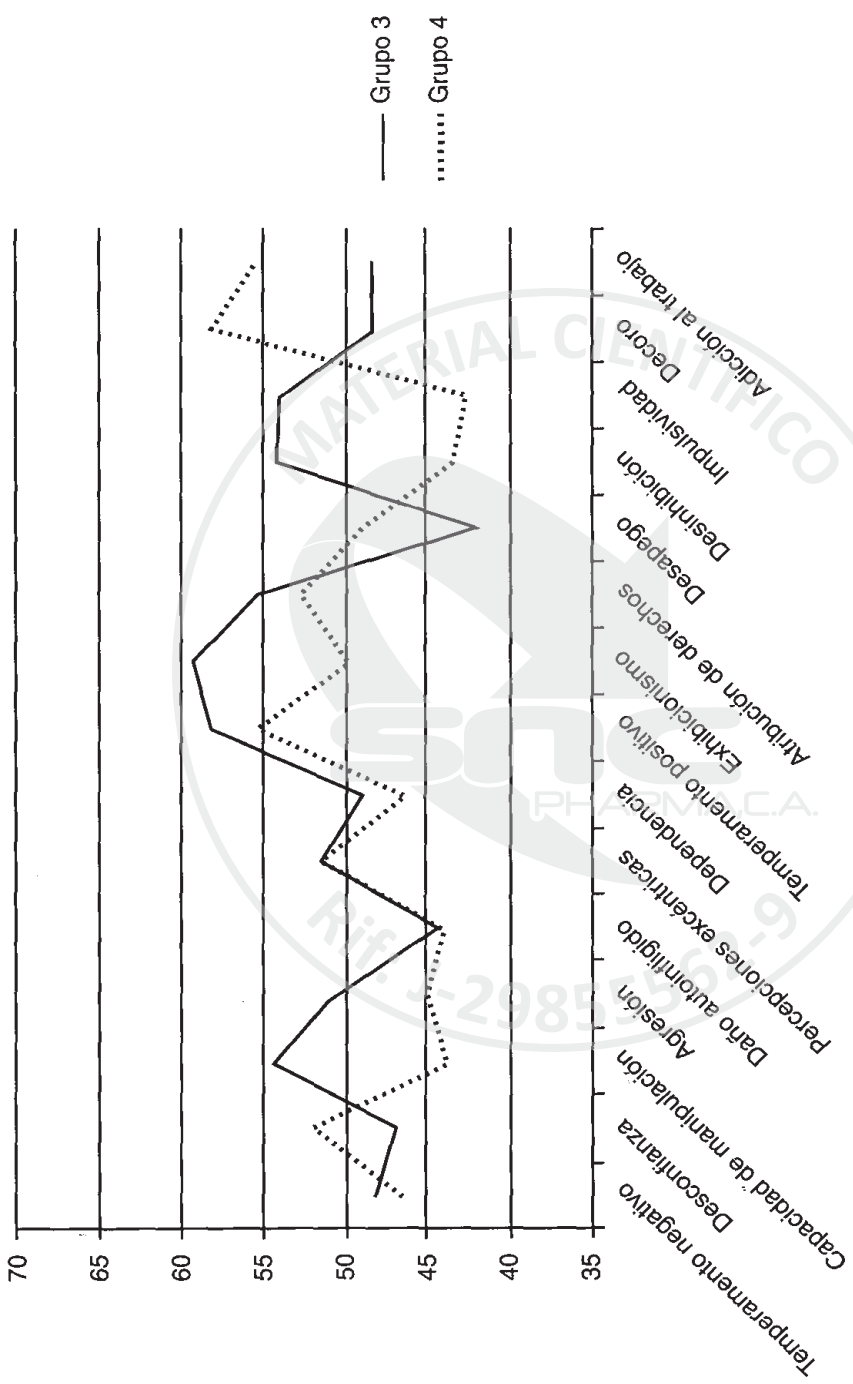


FIGURA 6-3. Esquema de las puntuaciones *T* de la escala de Personalidad No Adaptativa y Adaptativa para cada uno de los siete grupos *(continuación)*.

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

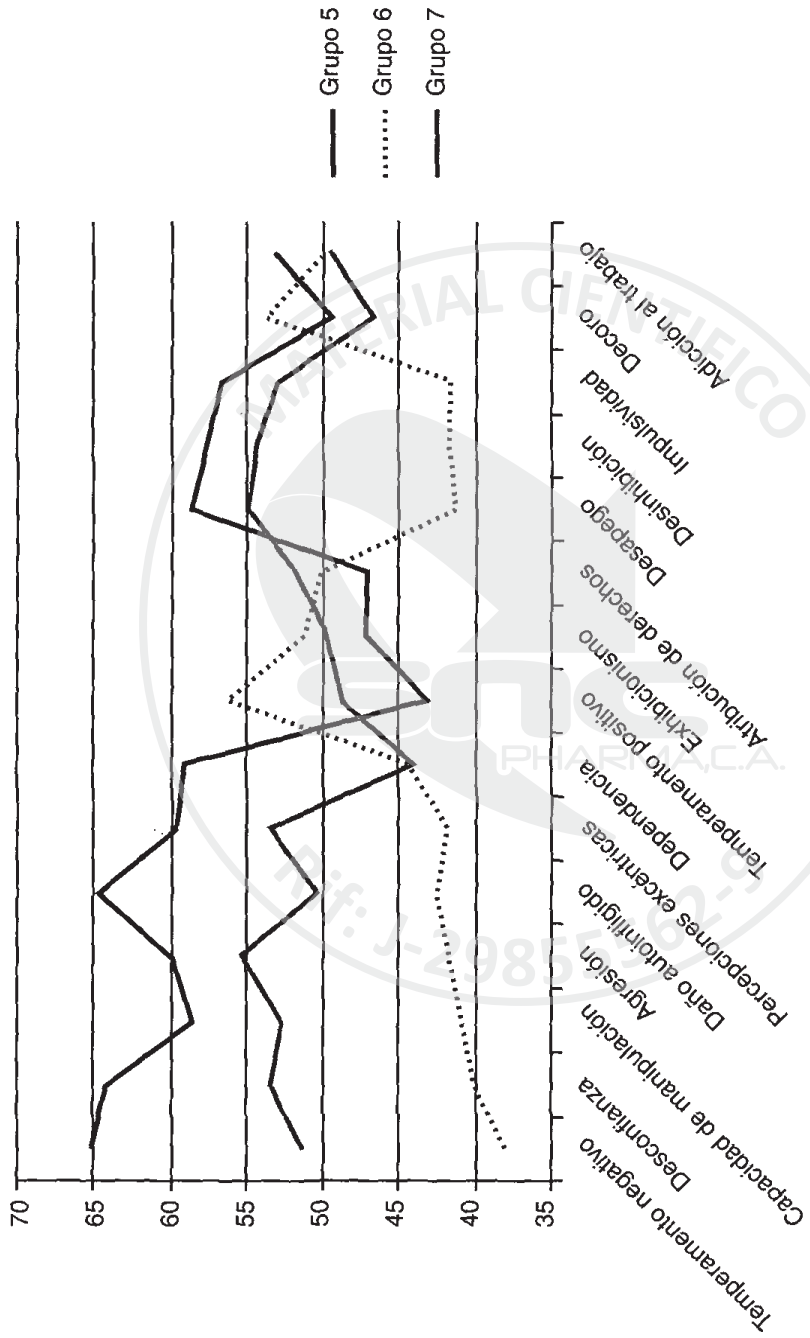


FIGURA 6-3. Esquema de las puntuaciones *T* de la escala de Personalidad No Adaptativa y Adaptativa para cada uno de los siete grupos *(continuación).*

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

dencia de que las dimensiones del SNAP delineaban grupos prototípicos de personas, así como evidencia de que estos grupos presentaban perfiles de personalidad psicológicamente significativos.

Una notable limitación de este trabajo es el hecho de que la muestra general estaba compuesta por diferentes grupos –en virtud del esquema de muestreo (que reúne datos extensos disponibles del SNAP)– en lugar de corresponder a un muestreo sistemático de una población específica, bien definida. Un punto fuerte de nuestro enfoque es que la muestra tiene mayor diversidad respecto de una muestra de una población más restringida (p. ej., sólo estudiantes universitarios). Un punto débil es que las diversas profesiones y condiciones sociales están presentes en proporciones que probablemente no son representativas de la población. Por esta razón, los prototipos descritos deben ser conceptualizados como dependientes del enfoque de muestreo actual y no deben ser tomados como algo concreto. Consideramos que el enfoque que adoptamos para derivar prototipos es sólido desde el punto de vista metodológico y, por lo tanto, es prometedor para considerar cómo se pueden combinar empíricamente los rasgos dimensionales en prototipos diferenciables; sin embargo, es probable que el muestreo sea un factor crucial en el modelado centrado en personas.

Por ejemplo, en esta serie de datos, la investigación preliminar de la reproducibilidad de los prototipos sugirió que no eran bien reproducibles entre las submuestras de estos datos. Esto tiene sentido, porque el ejercicio que emprendimos implicaba mezclar gente de diferentes profesiones y condiciones sociales reuniendo datos extensos disponibles del SNAP. El contraste entre estos grupos es lo que podría inducir posibles "grietas" en los datos identificados por modelos de mezcla. Por ejemplo, el grupo 4 se podría describir como "conservador y reprimido", y la muestra modal de origen de las personas de este grupo correspondió a militares. Sin embargo, es bastante posible que este grupo surgiera aquí porque los militares formaban una submuestra importante de la base de datos actual. Esto no implica que la persona típica de las fuerzas armadas no podría tener "cualidades de personalidad conservadoras" en una tasa más alta que, por ejemplo el estudiante universitario típico. Más bien, estas personalidades podrían haberse mezclado con menos grietas si las personas hubieran sido muestreadas de manera continua y uniforme, por ejemplo, de una manera que reflejara las proporciones demográficas de la población general de los EE. UU.

Las aparentes soluciones de continuidad en las distribuciones de personalidades pueden ser una función de las estrategias de muestreo (Tellegen, 1981, citado en Grove, 1991); este es un interrogante empírico clave para futuras investigaciones sobre prototipos de personalidad anormal centrados en la persona. También es una cuestión muy compleja porque las muestras de participantes de proyectos de investigación a menudo provienen de poblaciones específicas (p. ej., contextos clínicos). Si bien sería una tarea muy importante medir la personalidad de una manera muy detallada en una muestra grande de una población bien definida, estos son exactamente los datos necesarios para contemplar la posibilidad de prototipos de personalidad reproducibles que se generalizarían ampliamente. El aumento del espacio entre variables con más indicadores de la peculiaridad/rareza o dominio del grupo A también ayudaría a un

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

esfuerzo de este tipo; el SNAP tiene sólo una escala que cubre esta área (percepciones excéntricas).

No obstante, sí creemos que el enfoque actual tiene utilidad potencial para traducir modelos centrados en las variables (dimensionales) a modelos centrados en las personas (prototipo). De hecho, en grandes muestras representativas de poblaciones bien definidas, este enfoque podría investigar empíricamente la idea de "dimensionalidad completa". Por ejemplo, se podría aplicar esta estrategia de cúspides o grietas significativas de los datos de personalidad (es decir, ausencia de prototipos precisos o reproducibles). Hay diversas posibilidades: modelos más simples con menos grupos podrían ajustarse bien; una muestra podría ser bien descrita en términos de un grupo, lo que indicaría que las personalidades de los individuos se distribuyen en forma continua a lo largo de múltiples dimensiones, con una forma de distribución específica; o una muestra podría ser bien descrita en términos de grupos que representa gradaciones continuas a lo largo de múltiples rasgos en oposición a combinaciones singulares de rasgos. En estas situaciones, la conclusión sería que las distribuciones de personalidad son "por entero dimensionales" y que la complejidad de la personalidad humana no es bien captada por los esquemas de prototipos.

Sin embargo, aun contando con una extensa serie de datos poblacionales, otras complejidades metodológicas merecen una cuidadosa consideración: por ejemplo, la posibilidad de que la no normalidad de la distribución multivariada de los rasgos contribuya artificialmente a la evidencia de presuntos prototipos (cf. Bauer y Curran, 2003). Estas clases de complejidades metodológicas superan, con mucho, el alcance de este capítulo, pero lo primordial aquí es que, ahora, interrogantes difíciles acerca del carácter de la variación de la personalidad –en niveles tanto centrados en variables como centrados en personas– son pasibles de investigación empírica si se cuenta con los datos y los modelos apropiados. Ya no debemos basarnos en opiniones o preferencias a priori para llegar a un modelo de personalidad con una base sólida de datos para la posible inclusión en el DSM-5.

Bibliografía

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3ª ed. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1980

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3ª ed., revisada. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1987

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4ª ed. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4ª ed., texto revisado. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000

Asendorpf JB: Typeness of personality profiles: a continuous person-centered approach to personality data. Eur J Pers 20:83–106, 2006

Bauer DJ, Curran PJ: Distributional assumptions of growth mixture models: implications for over-extraction of latent trajectory classes. Psicol Methods 8:338–363, 2003

Blashfield RK, Intoccia V: Growth of the literature on the topic of personality disorders. Am J Psychiatry 157:472–473, 2000

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

Block J: Lives Through Time. Berkeley, CA, Bancroft Books, 1971

Casillas A, Clark LA: Dependency, impulsivity, and self-harm: traits hypothesized to underlie the association between Cluster B personality and substance abuse disorders. J Pers Disord 16:424–436, 2002

Casillas A, Clark LA, Sarrazin MS, et al: Personality predicts problem outcomes for substance abusers. Manuscript under review

Caspi A: Personality development across the life course. En: Handbook of Chile Psychology. Editado por Damon W. New York, Wiley, 1998, pp 311–388

Clark LA: Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality (SNAP): Manual for Administration, Scoring, and Interpretation. Minneapolis, University of Minnesota Press, 2003

Clark LA: Assessment and diagnosis of personality disorder: perennial issues and an emerging reconceptualization. Annu Rev Psychol 58:227–257, 2007

Clark LA, Vittengl J, Kraft D, et al: Separate personality traits from states to predict depression. J Pers Disord 17:152–172, 2003

Clark LA, Simms LJ, Wu KD, et al: Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality, 2ª ed. (SNAP-2). Minneapolis, University of Minnesota Press, 2009

First MB, Bell CB, Cuthbert B, et al: Personality disorders and relational disorders: a research agenda for addressing crucial gaps in DSM, in A Research Agenda for DSM-V. Editado por Kupfer DJ, First MB, Regier DA. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2002, pp 123–199

Fraley C, Raftery A: MCLUST: Multivariate Normal Mixture Modeling and Model-Based Clustering, version 3.1–1. 2007. Disponible en: http://www. stat.washington.edu/mclust. Consultado el 29 de junio de 2009

Grove WM: Performance of cluster analysis stopping rules as detectors of taxa, in Thinking Clearly About Psychology: Essays in Honor of Paul Everett Meehl, Vol II. Essays on Individual Differences. Editado por Grove WM, Cicchetti D. Minneapolis, University of Minnesota Press, 1991, pp 313–329

Harkness AR, McNulty JL: An overview of personality: the MMPI-2 personality psychopathology-five (PSY-5) scales, in MMPI-2: A Practitioner's Guide. Editado por Butcher JN. Washington, DC, American Psychological Association, 2006, pp 73–97

Harlan E, Clark LA: Short-forms of the Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality (SNAP) for self and collateral ratings: development, reliability, and validity. Assessment 6:131–146, 1999

Hart D, Atkins R, Fegley S: Personality and development in childhood: a person-centered approach. Monogr Soc Res Child Dev 68:i–vii, 1–109, 2003

Hicks BM, Markon KE, Patrick CJ, et al: Identifying psychopathy subtypes on the basis of personality structure. Psychol Assess 16:276–288, 2004

Jablensky A: The classification of personality disorders: critical review and need for rethinking. Psychopathology 35:112–116, 2002

Krueger RF, Markon KE: Understanding psychopathology: melding behavior genetics, personality, and quantitative psychology to develop an empirically based model. Curr Dir Psychol Sci 15:113–117, 2006

Krueger RF, Tackett JL (eds): Personality and Psychopathology. New York, Guilford, 2006

Lenzenweger MF, Clarkin JF, Yeomans FE, et al: Refining the borderline personality disorder phenotype through finite mixture modeling: implications for classification. J Pers Disord 22:313–331, 2008

Livesley WJ: Diagnostic dilemmas in classifying personality disorder. En: Advancing DSM: Dilemmas in Psychiatric Diagnosis. Editado por Philips KA, First MB, Pincus HA. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2003, pp 153–190

Magnusson D: The logic and implications of a person-oriented approach. En: Methods and

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

Models for Studying the Individual. Editado por Cairns RB, Bergman LR, Kagan J. Thousand Oaks, CA, Sage, 1998, pp 33–64

Millon T: Assessment is not enough: the SPA should participate in constructing a comprehensive clinical science of personality. Society of Personality Assessment. J Pers Assess 78:209–218, 2002

Morey LC, Warner MB, Shea MT, et al: The representation of four personality disorders by the schedule for nonadaptive and adaptive personality dimensional model of personality. Psychol Assess 15:326–332, 2003

Oltmanns TF, Turkheimer E: Perceptions of self and others regarding pathological personality traits. En: Personality and Psychopathology. Editado por Krueger RF, Tackett JL. New York, Guilford, 2006, pp 71–111

Pulkkinen L: Female and male personality styles: a typological and developmental analysis. J Pers Soc Psychol 70:1288–1306, 1996

Raftery AE: Bayesian model selection in social research. Sociol Methodol 25:111–163, 1995

Ready RE, Clark LA: Correspondence of psychiatric patient and informant ratings of personality traits, temperament, and interpersonal problems. Psychol Assess 14:39–49, 2002

Ready RE, Clark LA, Watson D, et al: Self- and peer-reported personality: agreement, trait ratability, and the "self-based heuristic." J Res Pers 34:208–244, 2000

Ready RE, Stierman L, Paulsen JS: Ecological validity of neuropsychological and personality measures of executive function. Clin Neuropsychol 15:314–323, 2001

Reynolds SK, Clark LA: Predicting personality disorder dimensions from domains and facets of the five-factor model. J Pers 69:199–222, 2001

Robins RW, Tracy JL: Setting an agenda for a person-centered approach to personality development: commentary. Monogr Soc Res Child Dev 68:110–122, 2003

Simms LJ, Casillas A, Clark LA, et al: Psychometric evaluation of the restructured clinical scales of the MMPI-2. Psychol Assess 17:345–358, 2005

Tackett J, Silberschmidt AL, Krueger RF, et al: A dimensional model of personality disorder: incorporating DSM Cluster A characteristics. J Abnorm Psychol 117:454–459, 2008

Tyrer P: Personality diatheses: a superior explanation than disorder. Psichol Med 37:1521–1525, 2007

van Leeuwen K, de Fruyt F, Mervielde I: A longitudinal study of the utility of the resilient, overcontrolled, and undercontrolled personality types as predictors of children's and adolescents' problem behavior. Int J Behav Dev 28:210–220, 2004

Vittengl JR, Clark LA, Owen-Salters E, et al: Diagnostic change and personality stability following functional restoration treatment in a chronic low back pain patient sample. Assessment 6:79–92, 1999

Watson D, Clark LA, Chmielewski M: Structures of personality and their relevante to psychopathology, II: further articulation of a comprehensive unified trait structure. J Pers 76:1545–1586, 2008

Westen D, Shedler J, Bradley R: A prototype approach to personality disorder diagnosis. Am J Psychiatry 163:846–856, 2006

Widiger TA, Simonsen E, Krueger R, et al: Personality disorder research agenda for the DSM-V. J Pers Disord 19:315–338, 2005

Wu KD, Clark LA: Relations between personality traits and self-reports of daily behavior. J Res Pers 37:231–256, 2003

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

CAPÍTULO 7

OPCIONES Y PROBLEMAS DE LAS MEDIDAS DIMENSIONALES PARA EL DSM-5

¿QUÉ TIPOS DE MEDIDAS SON LAS MEJORES PARA PREDECIR LA EVOLUCIÓN Y EL PRONÓSTICO?

Hans-Ulrich Wittchen, Ph.D.
Michael Höfler, Ph.D.
Andrew T. Gloster, Ph.D.
Michelle G. Craske, Ph.D.
Katja Beesdo, Ph.D.

El DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) y la *CIE-10* (Organización Mundial de la Salud, 1992) alientan a clínicos e investigadores a codificar todos los trastornos y síndromes mentales pasados y presentes sobre la base de criterios diagnósticos definidos de manera categorial. En consecuencia, los diagnósticos múltiples se han convertido en la regla, con altas tasas de comorbilidad transversal y durante la vida. Los creadores del DSM-III al DSM-IV-TR (American Psychiatric Association 1980, 1987, 1994, 2000) y la CIE-10 vincularon estrechamente este enfoque con una serie de principios básicos. Estos principios apuntan a ser 1) descriptivos y completos para la evaluación diagnóstica de pacientes, al especificar criterios diagnósticos categoriales explícitos para todos los trastornos; y 2) "ateóricos", al evitar términos ambiguos y eliminar –o, por lo menos, especificar– decisiones jerárquicas, en ausencia de evidencia empírica clara proveniente de investigación básica o clínica.

Sin duda, estos principios no sólo han mejorado la fiabilidad, la consistencia y la comunicación, sino que han alentado el progreso en investigación básica, epi-

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

demiológica y clínica, así como en el tratamiento. De hecho, hay evidencia sustancial de que tanto la coexistencia transversal de síntomas y síndromes como la presencia de trastornos mentales categoriales umbral previos y concurrentes tienen una repercusión importante sobre la evolución, el pronóstico y las decisiones terapéuticas (véase, p. ej., Beesdo y cols., 2010; Bittner y cols., 2004; Bruce y cols., 2005; Howland y cols., 2009; Lewinsohn y cols., 2000; Shankman y Klein, 2002; Wittchen y cols., 2001; Woodward y Fergusson, 2001).

Sin embargo, dada la ausencia de evidencia persuasiva sobre una clara separación de los trastornos del DSM, se criticaron el enfoque descriptivo y las altas tasas resultantes de comorbilidad desde distintas perspectivas (véase Andrews y cols., 2009; Regier y cols., 2009). Estas críticas se impusieron en múltiples áreas, como sintomatología, tratamiento, evolución, genética, y parámetros y procesos neurobiológicos y psicológicos. Se plantearon cuestiones críticas respecto de consideraciones nosológicas y, particularmente, en términos de problemas metodológicos (Wittchen y cols., 1999, 2001, 2009a, 2009b). Al carecer de datos suficientemente detallados, la traducción de estos principios en criterios categoriales explícitos llevó a la desfortunada situación en la que muchas decisiones acerca de los criterios diagnósticos (p. ej., umbrales para la presencia del diagnóstico) se basan en opinión de expertos clínicos y no en evidencia empírica. Es justo afirmar que los que concibieron el DSM-III, el DSM-IV y el DSM-IV-TR eran conscientes de estos problemas y, desde el comienzo, instaron a que se efectuara una reevaluación completa de todas las definiciones umbral. Sin embargo, los estudios sistemáticos de este tipo han sido escasos y fragmentados.

Reconociendo estos problemas básicos, los creadores y los expertos que preparan la revisión DSM-5 decidieron realizar un intento serio y sistemático de encararlos considerando –entre otras cuestiones (véase Regier y cols., 2009)– la incorporación de medidas "dimensionales" y enfoques de diversos niveles como una estrategia potencialmente útil (Andrew y cols., 2007; Helzer y cols., 2007; Regier, 2007; Shear y cols., 2007). En este contexto, se supone que el término *categorial* describe decisiones y medidas binarias, mientras que *dimensional* cubre cualquier escala ordinal o de intervalos con tres o más valores ordenados. Por lo tanto, las dimensiones incluyen escalas de tres puntos (es decir, ninguno, algunos, muchos), una puntuación definida (p. ej., recuento de síntomas) o un continuo (p. ej., índice de masa corporal) que se podría aplicar a síntomas, criterios, diagnósticos o grupos de trastornos (Kraemer, 2007). Este enfoque tiene en cuenta las desventajas de la categorización (p. ej., pérdida de potencia y precisión, problemas de umbral; Smits y cols., 2007) y las ventajas bien estudiadas de las medidas dimensionales (p. ej., descripción enriquecida del paciente; mejor reflejo del "verdadero carácter" de la psicopatología para la práctica clínica y, en particular, de investigación; posibilidad de resolver los problemas de umbral; y posibilidad de reducir la comorbilidad artificial), mientras conserva, simultáneamente, las ventajas del sistema descriptivo categorial actual (p. ej., elecciones binarias entre caso y no caso, facilidad de comunicación y toma de decisiones). Como resultado de estas consideraciones y la tradición de larga data de emplear enfoques dimensionales para suplementar diagnósticos categoriales en investigación, los elaboradores del DSM-5 han adoptado un enfoque "categorial-dimensional-mixto" como principio guía.

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

Dificultades conceptuales

La tarea aparentemente simple de agregar dimensiones está relacionada con un amplio espectro de interrogantes desconcertantes (Cuadro 7-1). Primero, hay interrogantes estructurales y pragmáticos: ¿qué tipo de dimensiones (p. ej., amplias frente a estrechas) y cuántas se necesitan, y qué tan complejas deben ser? Segundo, ¿cuál debe ser la diana de las dimensiones: los síntomas, la evolución, el constructo o la etiología? Tercero, ¿con qué sistemas de escalas se deben medir las dimensiones (p. ej., son suficientes las escalas de frecuencia e intensidad)?

Parece razonable asumir que estas decisiones se pueden tomar con relativa facilidad para trastornos aislados o dentro de grupos más homogéneos de estos. Las así llamadas dimensiones supraordinales (Shear y cols., 2007), por ejemplo, sugieren una grilla para trastornos de ansiedad en la que la mayoría de los criterios diagnósticos categoriales actuales se conceptualizan por medidas dimensionales, como intensidad, frecuencia y duración de la reacción de ansiedad, o grado de la conducta de evitación (Figura 7-1). Los hallazgos de investigación ofrecen varias opciones, parcialmente bien exploradas, que varían de escalas de un solo dominio (p. ej., escalas de evitación, como Inventario de Movilidad, para evaluar cantidad y frecuencia de evitación de diferentes situaciones agorafóbicas [Chambless y cols., 1985]) mediante escalas de multidominio que miden miedo/ansiedad, evitación e interferencia, como la Escala de Gravedad de la Ansiedad y Deterioro Globales (Campbell-Sills y cols., 2009), a enfoques de entrevistas de múltiples dominios (p. ej., Escala de Gravedad del Trastorno de Angustia; Shear y cols., 2001).

Surgen dificultadas bastante más complejas con respecto a la construcción y el uso de dimensiones supraordinales o transversales que se pueden utilizar como especificadores para todos los trastornos. Los ejemplos son las medidas de "distrés" o "deterioro" (Buist-Bouwman y cols., 2008) y las manifestaciones psicopatológicas básicas, como "especificador definido dimensionalmente" para crisis de angustia (*panic attack*). Aquí, los desafíos son de carácter conceptual (elegir las dimensiones básicas más relevantes) y metodológico (desarrollo psicométrico, fiabilidad, validez).

Dificultades de procedimiento: agregado de medidas dimensionales

El alcance de opciones y posibilidades respecto de las medidas dimensionales dentro de un sistema categorial-dimensional mixto es increíblemente grande, aunque la evidencia de la investigación disponible en la actualidad ofrece escasa orientación para responder las preguntas y obtener las mejores soluciones. Además, no son factibles una prueba rigurosa, estrictamente empírica, ni exploraciones psicométricas de opciones, que implicarían estudios de campo nacionales e internacionales suficientemente amplios. Por lo tanto, la única vía de avance factible –aunque imperfecta– parece ser las consideraciones pragmáticas, la consideración cuidadosa del rango restringido de evidencia de investigación disponible y los nuevos análisis exploradores de las series de datos existentes.

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

CUADRO 7-1. Preguntas centrales y posibles dianas para agregar medidas dimensionales

PREGUNTAS
¿Qué dimensiones deben elegirse?
¿Amplias ("supraordinales", relevantes para todos los trastornos)?
¿Estrechas ("supraordinales", relevantes para uno o varios trastornos [sindromáticas])?
¿Transversales, longitudinales, ambas?
¿Cuántas dimensiones son factibles?
¿Para determinados diagnósticos y criterios?
¿Para todos los criterios?
¿Cuán complejas y específicas deben ser las dimensiones?
¿Uni o multidimensionales (una o varias facetas)?
¿Uni o bipolares?
¿Valoraciones simples o complejas?
Cuestiones psicométricas
¿Escalas establecidas?
¿Nuevas escalas?
¿Para quiénes?
¿Simples para uso clínico frente a complejas para investigación?
¿Valoradas por el clínico frente a valoradas por el paciente?
DIANAS
Síntomas
Tipos de signos y síntomas
Configuraciones de síntomas (síndromes)
Temporal/tiempo
Edad de comienzo
Del desarrollo
Agudeza
Evolución (intermitente, crónica)
Duración
Pronóstico
Etiología
Disposicional (genética, personalidad)
Neurobiológica (marcadores neurobiológicos)
Desencadenante "causal" (evento, sustancia, somático, terapéutico)
Factores que inciden en la evolución (sociales, psicológicos, terapéuticos)
INTENSIDAD/FRECUENCIA
Para la mayoría de las dimensiones previas

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

	Dominios de evaluación específicos y compartidos[a] según los criterios diagnósticos						
Diagnósticos de ansiedad del DSM-IV	**Manifestaciones específicas del diagnóstico**	**Reacción de ansiedad**	**Ansiedad de anticipación**	**Conducta de evitación**	**Discapacidad por deterioro**	**Distrés/ Afecto negativo**	**Duración/ persistencia**
Trastorno de angustia (panic disorder)							
Agorafobia							
Trastorno de ansiedad generalizada							
Fobias específicas							
Fobia social							
Trastorno obsesivo-compulsivo							
Trastorno por estrés postraumático							
Trastorno por estrés agudo							
Trastorno de ansiedad de separación							

Nota. Medidas de gravedad/cantidad/frecuencia referidas a criterios diagnósticos de diagnósticos de ansiedad del DSM-IV.
[a]Otros dominios posibles pueden incluir factores etiológicos (p. ej., *neurobiológicos, del desarrollo*).

FIGURA 7-1. Dianas para las dimensiones de los trastornos de ansiedad: marco de la grilla de ansiedad.

Fuente: Shear MK, Bjelland I, Beesdo K, *et al.*: "Supplementary Dimensional Assessment in Anxiety Disorders." *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 16:S52-S64, 2007.

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

Criterios pragmáticos

Dado que nuestras clasificaciones diagnósticas clínicas se desarrollaron fundamentalmente para la atención de rutina y con propósitos administrativos, contamos con varios criterios generales (Cuadro 7-2) para elegir entre diversos enfoques dimensionales. Un enfoque debe ser útil desde el punto de vista clínico, práctico, fácil de usar y eficiente en cuanto al tiempo, así como fácil de aprender y recordar, y, a la vez, debe demostrar niveles apropiados de fiabilidad y validez.

Fuentes y evidencia de investigación que ofrecen orientación

No hay duda de que el tratamiento, la investigación psicológica y la investigación neurobiológica siempre se han basado, predominantemente, en medidas dimensionales (Shear y cols., 2007). De hecho, la mayoría de los estudios de investigación han empleado un enfoque categorial-dimensional mixto. Lamentablemente, los enfoques de este tipo suelen insumir tiempo, lo que impide su factibilidad en la atención de rutina. Las siguientes fuentes pueden ofrecer orientación para el desarrollo de un enfoque mixto:

1. Los *estudios clínicos sobre la eficacia del tratamiento* casi siempre utilizan medidas dimensionales para examinar los efectos de intervenciones, ya sean escalas de valoración basadas en la clínica más o menos simples, como la escala genérica de Impresión Clínica Global (Guy, 1976); la Escala de Valoración de Ansiedad de Hamilton específica de síndromes (Hamilton, 1959) o la Escala de Valoración de Depresión (Hamilton, 1960) en trastornos de ansiedad o del estado de ánimo; o la Escala de Síndrome Negativo o Positivo (Kay y cols., 1987) en esquizofrenia. Los instrumentos correspondientes valorados por el paciente son el Inventario de Depresión de Beck (Beck y cols., 1961) y la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (Zigmond y Snaith, 1983). Por lo tanto, los datos clínicos aportan una base de datos amplia y rica que debería ofrecer, en teoría, orientación considerable. Sin embargo, el valor de estos datos podría ser bastante restringido. Primero, muchos de estos instrumentos y enfoques son complejos e insumen tiempo en términos de la administración y la capacitación requerida para obtener resultados fiables. En consecuencia, probablemente su aplicación estándar en la atención habitual sería difícil y podría disminuir el cumplimiento. Segundo, la información proveniente de datos de este tipo podría inducir a error, debido a los criterios de inclusión y exclusión muy restrictivos que se suelen emplear en ensayos clínicos. Más aun, es probable que el sesgo de selección influya en los datos de estudios de este tipo, lo que dificulta generalizar los hallazgos a la población total respectiva de pacientes.
2. En la práctica de rutina convencional y con propósitos de documentación, se utilizan *escalas y plataformas de valoración psiquiátrica multidimensionales.* Los ejemplos más antiguos son la Escala Multidimensional de Evaluación Psiquiátrica (Lorr y cols., 1963); la Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

CUADRO 7-2. Criterios generales para la selección de enfoques dimensionales

Facilidad de administración (prácticos)
Sin carga temporal (breves)
Utilidad clínica (p. ej., en términos de predecir pronóstico, elegir tratamientos, reducir riesgos, detección sistemática)
Fiabilidad
Validez (psicométrica y clínica)
Sensibilidad y especificidad

(*Brief Psychiatric Rating Scale*, BPRS; Overall y Gorham, 1988); y, en Europa, el sistema AMDP: *Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie* (2007) o Asociación para la Metodología y Documentación en Psiquiatría. Estos tipos de enfoques dimensionales no comparten las limitaciones analizadas antes para los estudios clínicos. Sin embargo, tienen la desventaja de basarse en modelos conceptuales previos de psicopatología y, por ende, no suministran ningún vínculo conceptual con los criterios ni con los diagnósticos del DSM.

3. Los *instrumentos de detección sistemática* de casos generales, como el Cuestionario de Salud General (Goldberg y Blackwell, 1970; Golderberg y Williams, 1988) o derivados de los enfoques de la Detección Diagnóstica Internacional Compuesta (Kessler y cols., 2002, 2003; Wittchen y Pfister, 1997) aportan otra fuente de información. Si bien los enfoques de detección sistemática tienen un registro prolongado e impresionante de exploración psicométrica y son cada vez más aceptables en la atención y la investigación de rutina, su valor como medidas supraordinales parece bastante limitado. La limitación reside en el hecho de que fueron desarrollados para decisiones sobre calificación como caso, con consideraciones sobre sensibilidad y especificidad óptimas, y no para la descripción fiable de la gravedad de un trastorno.
4. Los *datos epidemiológicos* incluyen, inherentemente, información dimensional. Sin embargo, esta fuente de datos rara vez se ha considerado y aprovechado, debido a limitaciones de los estudios. Las limitaciones consisten en el uso de preguntas de detección diagnóstica; una serie limitada de medidas dimensionales, ausencia de variables predefinidas y falta de potencia con respecto a un análisis diana post hoc. Por lo general, estos estudios se basaron en entrevistas clínicas estandarizadas y estructuradas a partir de las cuales se podían derivar medidas dimensionales. Los ejemplos son el cálculo de cuadros diagnósticos sintomáticos, subumbral, además de los cuadros umbral (p. ej., Beesdo y cols., 2009b; Wittchen y cols., 2000) y la derivación de recuentos de síntomas como medidas de gravedad de la angustia, reacción de ansiedad (p. ej., Beesdo y cols., 2007), estado de ánimo (p. ej., Beesdo y cols., 2009a) y síndromes psicóticos (Henquet y cols., 2005). Asimismo, las entrevistas como la Entrevista Clínica Estructurada para el Espectro de Angustia-Agorafobia (Cassano y cols.,

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

1999), basada en el enfoque de espectros de trastornos (Cassano y cols., 1997; Frank y cols., 1998), aporta datos transdiagnóstico para una serie de cuadros.

En resumen, hay numerosos datos de diversas fuentes que aportan por lo menos alguna orientación con respecto a algunas de las preguntas básicas del Cuadro 7-1. Sin embargo, también es evidente que el conocimiento está muy fragmentado, mal integrado y asociado con una serie de limitaciones y déficits notables:

- Por lo general, se han estudiado bien los enfoques dimensionales cuyas dianas son los síntomas y su intensidad, frecuencia y distrés asociado, mientras que otras dianas enumeradas en el Cuadro 7-1, como duración, persistencia, comienzo y factores etiológicos, sin duda no se han estudiado lo suficiente.
- La mayoría de las medidas dimensionales son exclusivamente transversales y, por ende, sólo son relevantes para la caracterización sindrómica, mientras que la mayoría de los trastornos demandan una evaluación longitudinal, o incluso de por vida. Asimismo, hasta donde sabemos, no hay ningún enfoque dimensional establecido que tome en cuenta aspectos nosológicos. En particular, y a diferencia de otras áreas de la medicina, no ha habido ningún intento sistemático de introducir conceptos de "estadificación" como un mandato ordinal para una conceptualización dimensional de progresión de la enfermedad (Shear y cols., 2007), pese al hecho de que existen conceptos de este tipo para trastornos mentales como crisis de angustia, trastorno de angustia (*panic disorder*), agorafobia (Fava y cols., 2008; Klein, 1981) y trastornos esquizofrénicos (American Psychiatric Association, 2000).
- En las evaluaciones psicopatológicas, serían preferibles medidas dimensionales por una serie de razones (véase discusión previa). Sin embargo, dada la falta de investigación, aún no se ha esclarecido qué enfoques y medidas dimensionales son viables para qué formas de trastorno mental. Por ejemplo, con respecto a mejorar la predicción de la evolución y el pronóstico de los trastornos mentales, ¿importa si utilizamos la BPRS, como una caracterización multidimensional valorada por el clínico del espectro psicopatológico, o si son más útiles las escalas valoradas por el paciente, como la Lista de Verificación de Síntomas-90 (*Symptom Checklist-90*, SCL-90)?

¿Necesitamos escalas psicométricas largas de múltiples ítems o una valoración de un solo ítem sería igual de útil? ¿Son preferibles las escalas psicométricas derivadas del análisis factorial a las puntuaciones "dimensionales" derivadas ad hoc a partir de nuestros criterios diagnósticos actuales? ¿Importa qué tipo de diagnóstico estábamos examinando o los hallazgos difieren de manera sustancial cuando se consideran distinas variables de valoración?

Objetivos

Con estos antecedentes, analizamos aquí los resultados de una serie de análisis exploratorios que usaron datos de una muestra comunitaria fenotípica y longi-

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

tudinal en la que exploramos un amplio rango de cuestiones diagnósticas por medio de medidas dimensionales, contínuas y categoriales. Elegimos diversas variables predictivas basales categoriales y dimensionales, y comparamos su valor predictivo para diversos pronósticos longitudinales. Los análisis se centraron en dos grupos de trastornos, a saber, trastornos de ansiedad y depresivos del DSM-IV. Aparte de los diagnósticos categoriales del DSM-IV, se utilizaron diversas medidas dimensionales –que variaron de medidas simples ad hoc (p. ej., número de crisis de angustia) a medidas de escalas psicométricas complejas– como presuntas variables predictivas. Se seleccionaron varios dominios para reflejar evoluciones longitudinales malignas (es decir, morbilidad global acumulada, discapacidad, persistencia, hospitalización e intentos de suicidio).

Nuestras preguntas de investigación básicas fueron las siguientes:

- ¿En qué grado los diagnósticos categoriales de trastornos de ansiedad y depresivos del DSM-IV predicen la evolución y el pronóstico a largo plazo?
- ¿En qué grado las medidas dimensionales adicionales pueden mejorar la predicción más allá de la contribución al diagnóstico categorial basal?
- ¿Hay contribuciones diferenciales de las medidas genéricas de escalas valoradas por el clínico, medidas de escalas valoradas por el paciente y medidas ad hoc (es decir, número o tipo de síntomas) derivadas del instrumento diagnóstico?
- ¿En qué grado difiere el valor predictivo según el tipo de variable de valoración considerada?

Por último, para considerar una discusión reciente acerca de la medida transversal simple más apropiada de ansiedad para usar en trastornos depresivos, así como en otros trastornos sin ansiedad (Andrews y cols., 2007), presentamos un ejemplo –relacionado con la predicción del pronóstico de la depresión mayor– para examinar si las medidas simples de ansiedad son inferiores a escalas complejas.

Métodos

Muestra

El Estudio de Estadios Evolutivos Tempranos de la Psicopatología (*Early Developmental Stages of Psychopathology*) (Lieb y cols., 2000; Wittchen y cols. 1998b) fue un estudio prospectivo, longitudinal, de 10 años, que incorporó una muestra comunitaria representativa de, originalmente, 3.021 adolescentes y adultos jóvenes, con edades de 14 a 24 años al comienzo del estudio (T0). Se efectuó un seguimiento prospectivo de los sujetos hasta tres momentos (T1/T2/T3). La tasa de respuesta basal fue de 70,8%. Las tasas de respuesta ulteriores condicionales variaron entre 88,0% (T1) y 73,2% (T3). A los fines de este análisis, la muestra total (*n*) fue de 2.716 sujetos que tenían por lo menos un seguimiento reciente (T2 [2,8-4,1 años después del inicio del estudio] o T3 [7,3-10,6 años después del inicio del estudio]).

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

Evaluación

Los individuos fueron evaluados por entrevistadores clínicos capacitados que utilizaron la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta-Munich asistida por ordenador (DIA-X/M-CIDI; Wittchen y Pfister, 1997; Wittchen y cols., 1998a). Al inicio del estudio, se empleó la versión para toda la vida de la DIA-X/M-CIDI; en cada seguimiento, se usó la versión del intervalo para la duración respectiva del período de seguimiento. Los diagnósticos de trastornos mentales se computaron con algoritmos de la M-CIDI/DSM-IV.

Variables predictivas

Todas las medidas aquí comunicadas se evaluaron al inicio del estudio, como parte de la entrevista M-CIDI y el folleto de encuestados de M-CIDI. Los tipos de variables predictivas utilizadas fueron las siguientes:

- Las variables categoriales usadas como variables predictivas fueron diagnósticos específicos del DSM-IV de trastornos de ansiedad y depresivos y de crisis de angustia del DSM-IV.
- Las variables predictivas dimensionales elegidas fueron la SCL-90 (Derogatis, 1977), de la que se utilizó la puntuación total, así como las puntuaciones de factores para ansiedad y depresión, pese al valor diferencial cuestionable, y la puntuación total de la BPRS (Overall y Gorham, 1998).
- Se derivaron medidas dimensionales ad hoc de la M-CIDI, como la cantidad de síntomas de angustia del DSM-IV durante la peor crisis de angustia basal, la cantidad de crisis de angustia durante el período de seguimiento, la cantidad de síntomas somatomorfos, la cantidad de síntomas de trastorno de ansiedad generalizada (TAG), la cantidad de fobias, la cantidad de síntomas de distimia, la cantidad de síntomas de depresión y la duración del episodio (definida como cantidad de meses previos al inicio del estudio). Estos síntomas se categorizaron en bajos, medios y altos según sus distribuciones. El análisis comparó los grupos altos y bajos.

Variables de valoración

Las variables de valoración primarias, utilizando la información de T2 y T3, fueron las siguientes:

- Puntuación de la Escala de Morbilidad Global, que refleja la carga psicopatológica total de cada sujeto basada en el número de trastornos mentales del DSM-IV durante el seguimiento tomando en cuenta las manifestaciones subumbral. Esta puntuación tiene los siguientes valores: ninguno (ni siquiera un diagnóstico subumbral); leve (por lo menos un diagnóstico subumbral pero ningún cuadro umbral); moderado (por lo menos un trastorno mental umbral); grave (dos o tres diagnósticos); y multimórbido-grave (cuatro o más diagnósticos).

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

- La persistencia se definió a los fines prácticos como estado diagnóstico promedio (es decir, ningún trastorno, sólo síntomas, subumbral, diagnóstico completo) durante el seguimiento (utilizando la edad de comienzo y la edad en el momento de la información reciente) y, después, se efectuó una división de la mediana.
- Se definió discapacidad como la cantidad total de días de discapacidad total (1) o parcial (0,5) por problemas mentales o físicos o por uso de fármacos (máximo de los resultados comunicados en T2 y T3).
- Se documentaron los intentos de suicidio durante el seguimiento.
- Se registraron los días de hospitalización durante el seguimiento.

Análisis estadístico

Utilizando el estado diagnóstico categorial del DSM-IV al inicio del estudio como variable predictiva de referencia para el pronóstico a 10 años, modelamos una serie de regresiones logísticas para examinar si las medidas dimensionales son superiores o inferiores en valor predictivo. Las razones de posibilidades (*odds ratios*, OR), estimadas por regresión logística, se ajustaron por sexo, edad en el momento de la última evaluación y duración del seguimiento. Las variables predictivas dimensionales se calibraron respecto de la distribución de la variable predictiva categorial respectiva, lo que permitió la estimación de efectos incrementales y no incrementales, y comparaciones directas entre ellos al evitar los problemas de potencia y calibración hallados cuando se comparan resultados de variables predictivas dimensionales y categoriales. Se utilizó el área bajo la curva (*area under the curve*, AUC), calculada a partir de las curvas de eficacia clínica, para evaluar el grado de asociación entre diferentes variables predictivas dimensionales basales y variables de valoración binarias. El AUC es la probabilidad de que un caso seleccionado aleatoriamente tenga una puntuación más alta de la variable predictiva que un no caso seleccionado aleatoriamente. Se empleó el paquete Stata Software 10.1 (StataCorp, 2009) para calcular de forma consistente las varianzas, los intervalos de confianza y los valores *p* (aplicando la matriz sándwich de Huber-White) requeridos cuando se basan los análisis en datos ponderados (Royall, 1986).

Resultados

Probabilidad condicional de diagnóstico global benigno y maligno por estado diagnóstico categorial basal

Del lado izquierdo de la Figura 7-2, se muestra la variable morbilidad global a 10 años como una función del estado basal de ansiedad o depresión (categorial: sí/no). Para simplificar la presentación, sólo se presenta la proporción de encuestados que tiene un pronóstico benigno (ninguno) o maligno (grave o multimórbido-grave).

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

La presencia de cualquier diagnóstico umbral, en comparación con "ningún diagnóstico" basal, se asoció con proporciones más bajas de pronósticos benignos de morbilidad global y proporciones más altas de pronósticos psicopatológicos malignos 10 años más adelante. Sólo del 17,5% (crisis de angustia) al 18,6% (TAG) de los sujetos con un trastorno de ansiedad basal no presentaron ningún trastorno mental umbral ulterior en el período de seguimiento de 10 años. En cambio, del 40,3% (crisis de angustia) al 73,1% (trastorno de angustia) presentaron tres o más trastornos mentales, definidos por la puntuación de morbilidad global como "graves/multimórbidos-grave". Hubo cierta variación de interés según el tipo de diagnóstico, en particular con respecto a los pronósticos malignos. La depresión mayor basal se asoció con pronósticos malignos menos frecuentes (33,2%) que los trastornos de ansiedad basales (40,3-73,1%). La cantidad de diagnósticos al comienzo del estudio se asoció con una proporción creciente de pronóstico grave/multimórbido-grave; es decir, ningún diagnóstico (11,1%), uno (24,5%), dos (43,1%) o tres o más (66,7%).

Del lado derecho de la Figura 7-2, hay una presentación gráfica de la asociación entre ansiedad y depresión concomitantes con una menor probabilidad de ningún diagnóstico en el período de seguimiento y mayor probabilidad de evolución y pronóstico grave/multimórbido-grave ("maligno").

Efectos incrementales calibrados de las medidas dimensionales

La mayoría de las medidas dimensionales examinadas se asociaron con mejor predicción en gran parte de las variables de valoración más allá del valor del diagnóstico categorial, como expresan las razones de posibilidad significativas del Cuadro 7-3A. Las asociaciones fueron más firmes para la puntuación de morbilidad global y algo más débiles y menos consistentes para las otras variables de valoración. Este cuadro general emergió para aquellos pacientes con ansiedad basal, así como para aquellos con trastornos depresivos. Con respecto a la medida de morbilidad global en el subgrupo de trastornos de ansiedad, las máximas razones de posibilidades se hallaron para la cantidad de síntomas de distimia (7,7) y síntomas depresivos (6,2), duración en meses de la depresión (5,5) y cantidad de síntomas de TAG y de angustia (4,9). Cabe destacar que las dos medidas de escalas psicométricas largas no fueron superiores a las escalas ad hoc más simples. Se observaron asociaciones particularmente débiles para la BPRS valorada por el clínico.

Los valores incrementales de los casos de depresión basales (Cuadro 7-3B) fueron relativamente similares, aunque resulta de interés que la cantidad de síntomas de angustia (OR = 6,0) y de TAG (OR = 6,9) mostraron tener una asociación algo más firme con pronósticos malignos en casos de depresión basal. Se deben destacar algunas diferencias entre las variables de valoración. En comparación con otras medidas, la duración de la depresión previa y la cantidad de síntomas depresivos pareció ser ligeramente superior a las medidas de ansiedad (donde las asociaciones fueron moderadas) para predecir intentos de suicidio. La mejor manera

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

	Variable de valoración: Escala de Morbilidad Global	
Diagnóstico basal	% Ninguna	% grave/ multimórbido-grave
Cualquier ansiedad	**15,2**	**38,4**
Crisis de angustia	17,5	40,3
Trastorno de angustia	18,3	73,1
Agorafobia	18,5	51,2
TAG	18,6	47,4
Fobia social	18,1	47,0
Fobia específica	17,6	42,9
Cualquier cuadro depresivo	**16,9**	**34,9**
Depresión mayor	17,4	33,2
Distimia	28,3	56,5
Ansiedad y depresión	17,8	46,6
Ningún diagnóstico	**41,2**	**11,1**
1 diagnóstico	18,8	24,5
2 diagnósticos	18,5	43,1
3+ diagnósticos	7,7	66,7

FIGURA 7-2. Probabilidad condicional (%) de no tener o tener un pronóstico grave o multimórbido-grave en el período de seguimiento de 10 años según el patrón diagnóstico basal. GMS = Global Morbidity Scale (Escala de Morbilidad General).

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

de predecir los días de hospitalización fue por la cantidad de síntomas depresivos y distímicos, y la duración de la depresión. La cantidad de síntomas de TAG fue la única medida de ansiedad significativa. Se predijo en forma óptima la cantidad de días de discapacidad mediante medidas ad hoc de ansiedad y depresión, así como por la duración de la depresión.

Efectos incrementales por tipos específicos de diagnóstico

Dada la heterogeneidad de los trastornos de ansiedad, también examinamos las asociaciones para los subtipos diagnósticos y comparamos los valores predictivos de los diagnósticos con las puntuaciones calibradas respecto de su distribución respectiva. Centrándose en las dos medidas de escalas psicométricas, con la puntuación de morbilidad global como variable de valoración, el Cuadro 7-4 revela que algunos diagnósticos categoriales basales –a saber, crisis de angustia, trastorno de angustia y, menos impresionantemente, TAG y distimia– fueron, en sí mismos, muy predictivos de la puntuación de morbilidad. En estos trastornos, la medida dimensional no aumentó de manera significativa el poder predictivo. Esto también fue así en la mayoría de las otras medidas cuantitativas desarrolladas ad hoc derivadas de la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (datos no presentados), como cantidad de crisis de angustia (OR = 18,5), fobias (OR = 6,2) o síntomas de depresión (OR = 5,6). Pese a ser variables predictivas significativas, estas medidas no tienen un valor predictivo más alto. En cambio, los datos del Cuadro 7-4 también revelan que se hallaron razones de posibilidades sustancialmente más altas para diagnósticos como agorafobia y fobias social y específicas, así como para depresión mayor. En estos trastornos, las medidas dimensionales determinaron razones de posibilidades más altas que el diagnóstico categorial. En términos generales y en coincidencia con la exploración psicométrica previa (Cuadro 7-3), la puntuación total de la SCL-90 valorada por el paciente mostró asociaciones similares en la subpuntuación de depresión, mientras que la subpuntuación de ansiedad se desempeñó peor en todas las comparaciones. La puntuación de la BPRS valorada por el clínico se asoció consistentemente con las razones de posibilidades más bajas, lo que también es compatible con los hallazgos del Cuadro 7-3.

Predicción del pronóstico de depresión mayor: efectos de diversos especificadores de ansiedad

Hemos mostrado que la propiedad predictiva de los diagnósticos basales de depresión era sólo moderada, posiblemente debido al carácter episódico de la depresión. Por lo tanto, exploramos si el agregado de especificadores de ansiedad mejoraba la predicción del pronóstico de morbilidad global. El Cuadro 7-5 revela que todas las medidas dimensionales eran significativas. Las medidas de ansiedad más simples (cantidad de síntomas de pánico, fobias y trastornos de ansiedad basales) fueron casi tan útiles como las medidas de escala más largas y más complejas

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

para predecir pronósticos malignos, como indica la AUC *recalculada*, lo que es compatible con hallazgos previos.

De todos modos, corresponde destacar que surgieron hallazgos bastante diferentes cuando se consideraron otras variables (datos no mostrados, disponibles si se los solicita). Por ejemplo, la cantidad de diagnósticos de ansiedad, además de las puntuaciones total y de ansiedad de la SCL-90, fueron los que mejor predijeron los intentos de suicidio.

Conclusión

Exploramos en qué grado diversos tipos de medidas dimensionales mejoraron nuestras predicciones de diversas evoluciones y pronósticos a largo plazo más allá del efecto de los diagnósticos categoriales basales. En términos generales, nuestros análisis revelaron un valor incremental de las medidas dimensionales, incluidas medidas ad hoc simples como los recuentos diagnósticos derivados de la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta, para predecir pronósticos a largo plazo –p. ej., morbilidad global, intentos de suicidio, días de hospital y días de discapacidad– más allá de los efectos de los trastornos de ansiedad basales o de los trastornos depresivos basales.

Sin embargo, los resultados variaron de manera sustancial en función del diagnóstico basal y de la variable de valoración. Por ejemplo, el uso de nuestras medidas de escalas dimensionales reveló ausencia de valor predictivo más alto para el pronóstico global de crisis de angustia y trastorno de angustia, y valor comparativamente escaso para TAG y distimia. La presencia de crisis de angustia/trastorno de angustia fue un factor predictivo particularmente potente por sí mismo. En estos casos, las medidas dimensionales no mejoraron la predicción; de hecho, en realidad podrían desdibujar el cuadro.

Para otros trastornos de ansiedad, así como para los trastornos depresivos, las medidas dimensionales valoradas por el paciente, derivadas de la SCL-90, y medidas dimensionales derivadas ad hoc de la entrevista diagnóstica se asociaron con predicciones considerablemente mejores de por lo menos algunos pronósticos considerados. Interesa destacar que las medidas valoradas por el clínico de la BPRS, fuera la puntuación total o puntuaciones de dominios aislados para ansiedad y depresión (datos disponibles si se los solicita), contribuyeron menos que las medidas valoradas por el paciente.

Otra observación notable es que las escalas psicométricas más largas con numerosos ítems no necesariamente tuvieron mejor rendimiento que las medidas más breves y más simples. Por ejemplo, ítems aislados de la BPRS para ansiedad no fueron inferiores a la puntuación total de la BPRS para predecir el pronóstico general (análisis adicionales no presentados aquí). Asimismo, las medidas continuas ad hoc brutas y, evidentemente, imperfectas, como recuentos de síntomas, fueron casi tan predictivas como las medidas de escalas complejas. Sin embargo, esta observación preliminar debe ser más investigada y reproducida. En este aspecto, el alto poder predictivo de los síntomas de distimia crónicos y de larga evolución, así como la duración de la enfermedad antes del inicio del estudio, destaca la observación clínica bien conocida de que la evolución previa es la que mejor predice la evolución futura.

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

CUADRO 7-3A. Efectos incrementales calibrados, en la razón de posibilidades (OR, *odds ratio*) de medidas dimensionales, en sujetos con trastornos basales de ansiedad y depresivos

Variables predictivas calibradas[a]	GMS[b]			Intentos de suicidio			Hospitalización			Días de discapacidad		
	OR	IC 95%		OR	IC 95%		OR	IC 95%		OR	IC 95%	
Tras el ajuste por ansiedad basal												
SCL-90-Total	4,68	3,30	6,64	3,23	1,71	6,11	2,26	1,26	4,07	1,24	0,99	1,56
SCL-90-Ansiedad	3,23	2,31	4,52	3,13	1,61	6,08	1,34	0,67	2,68	1,30	1,04	1,63
SCL-90-Depresión	4,17	2.97	5,86	4,48	2,40	8,35	3,37	1,83	6,20	1,51	1,20	1,90
BPRS-Total	2,40	1,78	3,23	2,62	1,30	5,26	1,68	0,89	3,16	1,13	0,88	1,44
Número de síntomas somatomorfos	2,36	1,81	3,07	1,13	0,59	2,16	1,28	0,67	2,46	1,31	1,09	1,58
Número de síntomas de ansiedad y angustia	4,90	3,22	7,46	1,80	0,86	3,75	1,42	0,69	2,90	1,47	1,12	1,93
Número de síntomas de TAG	4,94	2,49	9,82	1,78	0,61	5,19	3,00	1,14	7,88	1,45	1,02	2,07
Número de fobias	3,38	2,38	4,81	2,70	1,30	5,64	0,98	0,45	2,12	1,28	0,98	1,67
Número de síntomas de distimia	7,72	3,00	19,88	3,60	1,36	9,55	4,81	1,97	11,74	1,47	0,91	2,40
Número de síntomas de depresión	6,22	4,06	9,54	3,00	1,48	6,09	3,66	1,78	7,50	1,76	1,36	2,28
Duración de la depresión en meses	5,45	3,58	8,29	4,14	1,88	9,11	3,02	1,50	6,08	1,69	1,30	2,20

Nota. Todos los resultados están ajustados por sexo, edad en el momento de la última evaluación y duración del seguimiento. BPRS = Brief Psychiatric Rating Scale (Escala breve de evaluación psiquiátrica); IC = intervalo de confianza; TAG = trastorno de ansiedad generalizada; GMS = puntuación de la Global Morbidity Scale (Escala de morbilidad global); SCL-90 = Symptom Cheklist-90 (Lista de verificación de síntomas-90).

[a] Dicotomizados para compatibilizar la frecuencia de aquellos con cualquier trastorno de ansiedad/depresivo, respectivamente. Algunas escalas no pudieron ser bien calibradas debido a sus distribuciones.

[b] Grave/multimórbido-grave frente a ninguno.

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

CUADRO 7-3B. Efectos incrementales, en razón de posibilidades (OR), de medidas dimensionales en sujetos con trastornos basales de ansiedad y depresivos

	GMS[b]			Intentos de suicidio			Hospitalización			Días de discapacidad		
Variables predictivas calibradas[a]	OR	IC 95%		OR	IC 95%		OR	IC 95%		OR	IC 95%	
Tras el ajuste por depresión basal												
SCL-90-Total	5,38	3,73	7,76	3,37	1,66	6,84	1,68	0,81	3,48	1,39	1,11	1,74
SCL-90-Ansiedad	4,21	2,90	6,12	2,93	1,49	5,79	1,13	0,54	2,35	1,34	1,08	1,66
SCL-90-Depresión	5,26	3,56	7,76	4,03	2,10	7,71	3,42	1,80	6,49	1,44	1,13	1,85
BPRS-Total	2,37	1,82	3,09	2,86	1,46	5,61	2,15	1,19	3,88	1,20	0,98	1,46
Número de síntomas somatomorfos	2,62	2,02	3,39	1,34	0,72	2,48	1,35	0,71	2,54	1,37	1,14	1,65
Número de síntomas de ansiedad y angustia	5,96	3,97	8,93	2,43	1,13	5,19	1,56	0,76	3,22	1,63	1,25	2,12
Número de síntomas de TAG	6,90	3,63	13,12	2,77	1,06	7,21	3,12	1,29	7,50	1,72	1,22	2,42
Número de fobias	4,20	2,80	6,32	1,94	0,93	4,06	0,57	0,21	1,61	1,59	1,20	2,11
Número de síntomas de distimia	5,81	2,30	14,66	5,51	1,91	15,91	3,21	1,17	8,86	1,54	0,86	2,75
Número de síntomas de depresión	6,59	4,00	10,86	4,98	1,68	14,75	3,16	1,20	8,34	1,97	1,37	2,82
Duración de la depresión en meses	5,95	3,81	9,29	5,51	2,49	12,18	2,44	0,95	6,26	1,90	1,39	2,60

Nota. Todos los resultados están ajustados por sexo, edad en el momento de la última evaluación y duración del seguimiento. BPRS = Brief Psychiatric Rating Scale (Escala breve de evaluación psiquiátrica); IC = intervalo de confianza; TAG = trastorno de ansiedad generalizada; GMS = puntuación de la Global Morbidity Scale (Escala de morbilidad global); SCL-90 = Symptom Cheklist-90 (Lista de verificación de síntomas-90).

[a] Dicotomizados para compatibilizar la frecuencia de aquellos con cualquier trastorno de ansiedad/depresivo, respectivamente. Algunas escalas no pudieron ser bien calibradas debido a sus distribuciones.

[b] Grave/multimórbido-grave frente a ninguno.

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

CUADRO 7-4. Ausencia de efectos incrementales específicos de síndrome de algunas medidas de la escala en la variable de valoración Escala de Morbilidad Global (Global Morbidity Scale, GMS) (muestra total, n = 2.719)

	Variable de valoración GMS		
	Asociación predictiva del diagnóstico categorial	Asociación predictiva calibrada de la medida de la escala	
Diagnóstico basal	Diagnóstico, OR (IC 95%)	Puntuación total de la SCL-90, OR (IC 95%)	Puntuación de la BRPS, OR (IC 95%)
Crisis de angustia	**28,8 (10,4-79,8)**	8,9 (4,3-18,5)	3,6 (2,1-6,0)
Angustia	**18,6 (4,2-81,5)**	15,9 (5,1-49,1)	4,4 (2,0-9,8)
Agorafobia	5,9 (2,3-15,3)	16,1 (6,3-41,1)	3,6 (1,8-7,1)
Fobia social	5,9 (3,2-11,1)	8,9 (4,3-18,5)	3,6 (2,1-6,0)
Trastorno de ansiedad generalizada	**12,2 (4,4-37,2)**	18,3 (6,7-50,1)	3,6 (5,1-24,4)
Trastorno depresivo mayor	2,9 (2,0-4,4)	6,5 (4,4-9,5)	3,4 (2,4-4,7)
Distimia	**11,1 (4,2-28,6)**	15,9 (6,3-40,4)	3,6 (1,8-7,1)

Nota. Los diagnósticos con razones de posibilidades en negrita indican los cuadros para los que un diagnóstico categorial en sí mismo es altamente predictivo (ningún aumento o sólo marginal por medidas dimensionales).
BRPS = Brief Psychiatric Rating Scale (Escala breve de evaluación psiquiátrica); IC = intervalo de confianza; OR = odds ratio (razón de posibilidades); SCL-90 = Symptom Cheklist-90 (Lista de verificación de síntomas-90).

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

CUADRO 7-5 Análisis de qué variables predictivas basales predicen la puntuación de la Escala de Morbilidad Global

Variable predictiva basal	AUC	IC 95%	AUC recalculada[a]	IC 95%
Número de síntomas de angustia	0,653	0,631-0,705	0,306	0,202-0,410
Número de fobias	0,605	0,524-0,686	0,209	0,048-0,371
Número de síntomas depresivos	0,728	0,651-0,806	0,457	0,302-0,612
Número de diagnósticos de ansiedad del DSM	0,621	0,547-0,694	0,241	0,093-0,389
Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica-ansiedad (dos ítems)	0,631	0,550-0,711	0,261	0,100-0,423
Lista de Verificación de Síntomas-total	0,705	0,626-0,785	0,411	0,252-0,570
Lista de Verificación de Síntomas-ansiedad	0,676	0,594-0,759	0,353	0,187-0,518
Lista de Verificación de Síntomas-depresión	0,675	0,594-0,756	0,351	0,189-0,513

Nota. n = 305 sujetos con trastorno depresivo basal. AUC = area under the curve (área bajo la curva); IC = intervalo de confianza.
[a]AUC recalculada = (AUC – 0,5) ÷ 2; máximo = 1.

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

Como era de esperar, hubo cierta variación del valor predictivo según la variable considerada. Se observaron efectos más pequeños y menos efectos significativos para las variables de valoración "cantidad de días de discapacidad" y "hospitalización" en el período de seguimiento. Los efectos de mayor magnitud correspondieron a la medida pronóstico general y, de manera menos consistente, a intentos de suicidio. Esto sugiere que las medidas que consideramos podrían tener valores bastante diferentes para otros pronósticos menos graves o más globales, como salud y funcionamiento generales.

En la predicción de depresión, especificadores adicionales de ansiedad, ya fueran largos y complejos, como la subescala de ansiedad de la SCL-90, o medidas más breves y más simples, como cantidad de síntomas de angustia, fobias o diagnósticos de ansiedad basales, contribuyeron parcialmente al incremento sustancial de la predicción de evolución y pronóstico a largo plazo. Sin embargo, también hay que destacar que las medidas que consideran aspectos de la evolución previa de la enfermedad al inicio del estudio, como la duración y la cantidad previas de síntomas de distimia (tiempo de evolución de 2+ años) parecen ser superiores para predecir patrones de pronóstico maligno. La predicción de suicidio se asoció tanto con la gravedad basal de la depresión como con la cantidad de trastornos de ansiedad (puntuaciones total y de ansiedad de la SCL, respectivamente).

En términos generales, nuestros hallazgos confirman evidencia previa de que las medidas dimensionales de distintos tipos son un agregado útil a los diagnósticos categoriales, más para algunos diagnósticos que para otros. El hallazgo que mejoraba el valor pronóstico se logró casi igual de bien con medidas e índices breves, lo que resulta alentador con respecto a la factibilidad de este enfoque. De todos modos, hay que tener en cuenta que nuestros hallazgos están limitados por la validez de las escalas dimensionales aquí incorporadas. Sin embargo, nuestros hallazgos no señalan que las escalas psicométricas uni o multidimensionales con más ítems sean necesariamente mejores que medidas ad hoc más simples derivadas de la propia evaluación diagnóstica. Este hallazgo –si es confirmado– se podría considerar un impulso a usar un enfoque más simple de este tipo en los ensayos de campo venideros del DSM-5.

No obstante, la considerable variabilidad de nuestros hallazgos, según el diagnóstico y el dominio de variables considerado, sugiere que la tarea de derivar medidas que sean igual de útiles en todos los diagnósticos y dominios de variables podría ser una tarea compleja y difícil. Dada la heterogeneidad de los hallazgos en los trastornos de ansiedad, la identificación de una sola medida cuantitativa, completa, aislada de ansiedad para usar como especificador transversal en todos los diagnósticos podría ser más difícil que la búsqueda de una medida transversal de depresión. Esto también sugiere, en forma indirecta, que el desarrollo de nuevas medidas y estudios de validez concurrentes podría ser particularmente instructivo en los trastornos de ansiedad.

Estas conclusiones se deben interpretar teniendo en cuenta una serie de limitaciones y advertencias. Nuestros análisis y hallazgos se deben considerar exploratorios. Ni la elección de las medidas ni el diseño del estudio estuvieron concebidos, originalmente, para encarar la cuestión del valor relativo de las medidas dimensionales frente a las medidas categoriales. Asimismo, nos vimos obligados a

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

usar una serie bastante restrictiva de variables predictivas y de valoración, porque no disponíamos de medidas potencialmente más apropiadas (por ejemplo, conducta de evitación) o no las podíamos presentar aquí por limitaciones de espacio. Para los análisis actuales, favorecimos en su mayor parte pronósticos más malignos y podríamos haber descuidado señales quizá importantes de tipos menos graves de variables de valoración. Además, nuestros análisis estadísticos no fueron completos; sólo consideramos una serie restringida de diagnósticos y pronósticos y no investigamos, con rigor, todas las posibles medidas y combinaciones. Por último, hay confusión parcial de los resultados por el modo y el método de evaluación. Es decir, las variables predictivas, derivadas de información diagnóstica ad hoc de la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta, son más similares a algunas de las variables de valoración, con posible superposición de la varianza, que las entrevistas no diagnósticas (BPRS) y los cuestionarios (SCL).

Para concluir, se requieren estudios sistemáticos para desarrollar una serie óptima de medidas relacionadas con la ansiedad que exploren el valor de un índice de ansiedad global frente a medidas de manifestaciones específicas, como ansiedad, angustia, preocupación y evitación (compárese con Shear y cols., 2007). En comparación con esta tarea, la derivación de medidas de depresión parece ser más fácil, como refleja la consistencia de nuestros hallazgos y la magnitud de los efectos. Los ensayos de campo venideros del DSM-5 podrían ser una opción para examinar la aceptación, fiabilidad y utilidad de medidas dimensionales tanto más simples como más complejas, así como su utilidad como especificadores transversales en particular.

Bibliografía

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3ª ed. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1980

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3ª ed., revisada. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1987

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4ª ed. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1994

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4ª ed., texto revisado. Washington, DC, American Psychiatric Press, 2000

Andrews G, Brugha T, Thase M, et al: Dimensionality and the category of major depressive episode. Int J Methods Psychiatr Res 16:S41–S51, 2007

Andrews G, Goldberg DP, Krueger RF Jr, et al: Exploring the feasibility of a meta-structure for DSM-V and ICD-11: could it improve utility and validity? Psychol Med 39:1993–2000, 2009

Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie: Das AMDP-System: Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde. Göttingen, Germany, Hogrefe, 2007

Beck AT, Ward CH, Mendelsohn M, et al: An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry 4:561–571, 1961

Beesdo K, Bittner A, Pine DS, et al: Incidence of social anxiety disorder and the consistent risk for secondary depression in the first three decades of life. Arch Gen Psychiatry 64:903–912, 2007

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

Beesdo K, Höfler M, Leibenluft E, et al: Mood episodes and mood disorders: patterns of incidence and conversion in the first three decades of life. Bipolar Disord 11:637–649, 2009a

Beesdo K, Hoyer J, Jacobi F, et al: Association between generalized anxiety levels and pain in a community sample: evidence for diagnostic specificity. J Anxiety Disord 23:684–693, 2009b

Beesdo K, Pine DS, Lieb R, et al: Incidence and risk patterns of anxiety and depressive disorders and categorization of generalized anxiety disorder. Arch Gen Psychiatry 67:47–57, 2010

Bittner A, Goodwin RD, Wittchen H-U, et al: What characteristics of primary anxiety disorders predict subsequent major depressive disorder? J Clin Psychiatry 65:618–626, 2004

Bruce SE, Yonkers KA, Otto MW, et al: Influence of psychiatric comorbidity on recovery and recurrence in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder: a 12-year prospective study. Am J Psychiatry 162:1179–1187, 2005

Buist-Bouwman MA, Ormel J, De Graaf R, et al: Psychometric properties of the World Health Organization Disability Assessment Schedule used in the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders. Int J Methods Psychiatr Res 17:185–197, 2008

Campbell-Sills L, Norman SB, Craske MG, et al: Validation of a brief measure of anxiety-related severity and impairment: the Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS). J Affect Disord 112:92–101, 2009

Cassano GB, Michelini S, Shear MK, et al: The panic-agoraphobic spectrum: a descriptive approach to the assessment and treatment of subtle symptoms. Am J Psychiatry 154:27–38, 1997

Cassano G, Banti S, Mauri M, et al: Internal consistency and discriminant validity of the Structured Clinical Interview for Panic-Agoraphobic Spectrum (SCI-PAS). Int J Methods Psychiatr Res 8:138–145, 1999

Chambless D, Caputo G, Hasin F, et al: The mobility inventory for agoraphobia. Behav Res Ther 23:35–44, 1985

Derogatis LR: SCL-90-R: Administration, Scoring and Procedures Manual for the Revised Version. Baltimore, MD, John Hopkins University School of Medicine, Clinical Psychometrics Research Unit, 1977

Derogatis LR: SCL-90-R, Administration, Scoring and Procedures Manual-II. Towson, MD, Clinical Psychometric Research, 1992

Fava GA, Rafanelli C, Tossani E, et al: Agoraphobia is a disease: a tribute to Sir Martin Roth. Psychother Psychosom 77:133–138, 2008

Frank E, Cassano G, Shear M, et al: The spectrum model: a more coherent approach to the complexity of psychiatric symptomatology. CNS Spectr 3:23–34, 1998

Goldberg DP, Blackwell B: Psychiatric illness in general practice. a detailed study using a new method of case identification. Br Med J 1:439–443, 1970

Golderberg D, Williams P: A User's Guide to the General Health Questionnaire. Windsor, UK, NFER-Nelson, 1988

Guy W: ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology (Publ No ADM-76-338). Rockville, MD, U.S. Department of Health, Education, and Welfare, 1976

Hamilton M: The assessment of anxiety-states by rating. Br J Med Psicol. 32:50–55, 1959

Hamilton M: A rating scale for depression. J Neurol Neurosurg Psychiatry 23:56–62, 1960

Helzer J, Bucholz K, Gossop M: A dimensional option for the diagnosis of substance dependence in DSM-V. Int J Methods Psychiatr Res 16:S24–S33, 2007

Henquet C, Krabbendam L, Spauwen J, et al: Prospective cohort study of cannabis use, predisposition for psychosis, and psychotic symptoms in young people. Br Med Bull 330:1–4, 2005

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

Howland RH, Rush AJ, Wisniewski SR, et al: Concurrent anxiety and substance use disorders among outpatients with major depression: clinical features and effect on treatment outcome. Drug Alcohol Depend 99:248–260, 2009

Kay SR, Fiszbein A, Opler LA: The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. Schizophr Bull 13:261–276, 1987

Kessler RC, Andrews G, Colpe LJ, et al: Short screening scales to monitor population prevalences and trends in nonspecific psychological distress. Psychol Med 32:959–976, 2002

Kessler RC, Barker PR, Colpe LJ, et al: Screening for serious mental illness in the general population. Arch Gen Psychiatry 60:184–189, 2003

Klein DF: Anxiety reconceptualized, in Anxiety: New Research and Changing Concepts. Editado por Klein DF, Rabkin JG. New York, Raven, 1981, pp 235–263

Kraemer CH: DSM categories and dimensions in clinical and research contexts. Int J Methods Psychiatr Res 16:S8–S15, 2007

Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR, et al: Natural course of adolescent major depressive disorder in a community sample: predictors of recurrence in young adults. Am J Psychiatry 157:1584–1591, 2000

Lieb R, Isensee B, von Sydow K, et al: The Early Developmental Stages of Psychopathology Study (EDSP): a methodological update. Eur Addict Res 6:170–182, 2000

Lorr M, Klett CJ, McNair DM, et al: Manual: Inpatient Multidimensional Psychiatric Scale. Palo Alto, CA, Consulting Psychologists Press, 1963

Overall J, Gorham D: The Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS): recent developments in ascertainment and scaling. Psychopharmacol Bull 24:97–99, 1988

Regier DA: Dimensional approaches to psychiatric classification: refining the research agenda for DSM-V: an introduction. Int J Methods Psychiatr Res 16:S1–S5, 2007

Regier DA, Narrow WE, Kuhl EA, et al: The conceptual development of DSM-V. Am J Psychiatry 166:645–650, 2009

Royall RM: Model robust confidence intervals using maximum likelihood estimators. Int Stat Rev 54:221–226, 1986

Shankman SA, Klein DN: The impact of comorbid anxiety disorders on the course of dysthymic disorder: a 5-year prospective longitudinal study. J Affect Disord 70:211–217, 2002

Shear MK, Rucci P, Williams J, et al: Reliability and validity of the Panic Disorder Severity Scale: replication and extension. J Psychiatr Res 35:293-296, 2001

Shear MK, Bjelland I, Beesdo K, et al: Supplementary dimensional assessment in anxiety disorders. Int J Methods Psychiatr Res 16:S52–S64, 2007

Smits N, Smit F, Cuijpers P, et al: Using decision theory to derive optimal cut-off scores of screening instruments: an illustration explicating costs and benefits of mental health screening. Int J Methods Psychiatr Res 16:219–229, 2007

StataCorp LP: Stata Statistical Software: Release 10.1. College Station, TX, Stata Corporation, 2009

Wittchen H-U, Pfister H: DIA-X-Interviews: Manual für Screening-Verfahren und Interview; Interviewheft Längsschnittuntersuchung (DIA-X-Lifetime); Ergänzungsheft (DIA-X-Lifetime); Interviewheft Querschnittuntersuchung (DIA-X-12 Monate); Ergänzungsheft (DIA-X-12Monate); PC-Programm zur Durchführung des Interviews (Längs- und Querschnittuntersuchung); Auswertungsprogramm. Frankfurt, Germany, Swets & Zeitlinger, 1997

Wittchen H-U, Lachner G, Wunderlich U, et al: Test-retest reliability of the computerized DSM-IV version of the Munich-Composite Internacional Diagnostic Interview (M-CIDI). Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 33:568–578, 1998a

Wittchen HU, Perkonigg A, Lachner G, et al: Early Developmental Stages of Psychopathology Study (EDSP): objectives and design. Eur Addict Res 4:18–27, 1998b

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

Wittchen H-U, Höfler M, Merikangas KR: Toward the identification of core psychopathological processes? Arch Gen Psychiatry 56:929–931, 1999

Wittchen H-U, Lieb R, Pfister H, et al: The waxing and waning of mental disorders: evaluating the stability of syndromes of mental disorders in the population. Compr Psychiatry 41:122–132, 2000

Wittchen H-U, Schuster P, Lieb R: Comorbidity and mixed anxiety-depressive disorder: *clinical curiosity or pathophysiological need? Hum Psychopharmacol* 16:S21–S30, 2001

Wittchen H-U, Beesdo K, Gloster AT: A new meta-structure of mental disorders: helpful step in the future or harmful step back to the past? Psichol Med 39:2083–2089, 2009a

Wittchen H-U, Beesdo K, Gloster AT: The position of anxiety disorders in structural models of mental disorders. Psychiatr Clin North Am 32:465–481, 2009b

Woodward LJ, Fergusson DM: Life course outcomes of young people with anxiety disorders in adolescence. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 40:1086–1093, 2001

World Health Organization: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10ª revisión. Geneva, Switzerland, World Health Organization, 1992

Zigmond AS, Snaith RP: The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatr Scand 67:361–370, 1983

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

PARTE III

EVALUACIÓN DEL DETERIORO EN CUANTO A SIGNIFICACIÓN CLÍNICA Y DISCAPACIDAD

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA,C.A.
Rif: J-29855562-9

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

CAPÍTULO 8

SIGNIFICACIÓN CLÍNICA Y UMBRALES DE TRASTORNOS EN EL DSM-5

PAPEL DE LA DISCAPACIDAD Y EL DISTRÉS

William E. Narrow, M.D., M.P.H.
Emily A. Kuhl, Ph.D.

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA,C.A.
Rif: J-29855562-9

El *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) es la referencia de facto para definir los trastornos mentales. Como tal, es utilizado por médicos psiquiatras y no especialistas, así como por investigadores, organismos del gobierno, implementadores de políticas y leyes, la industria de los seguros, el sistema legal y el público en general. Si bien el capítulo introductorio del DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) afirma con claridad que el manual sólo debe ser empleado por "individuos con capacitación clínica y experiencia en diagnóstico apropiadas" y que "los criterios diagnósticos específicos incluidos en el DSM-IV-TR

Los autores desean agradecer a los miembros y asesores del Grupo de Estudios de Evaluación de Discapacidad y Deterioro del DSM-5, cuyo continuo esfuerzo y colaboración ayudaron a hacer posible este capítulo. Ellos son Jane S. Paulsen, Ph.D. (Presidente); Gavin Andrews, M.D.; Glorisa Canino, Ph.D.; Lee Anna Clark, Ph.D.; Michelle G. Craske, Ph.D; Hans Wijbrand Hoek, M.D., Ph.D.; Helena C. Kraemer, Ph.D.; David Shaffer, M.D., F.R.C.P.; Cille Kennedy, Ph.D. (asesor); Martin Prince, M.D., M.Sc., M.R.C.Psych. (asesor); y Michael R. Von Korff, Sc.D. (asesor).

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

están concebidos como pautas que deben ser informadas según el criterio clínico y no para ser usados como un libro de cocina" (American Psychiatric Association, 2000, p. xxxii), los múltiples contextos en los que se emplea el manual prácticamente garantiza que individuos que no son médicos interpretarán sus criterios diagnósticos.

Una de las características distintivas de la mayoría de los síntomas psiquiátricos comunes es su continuidad con las variaciones normales de la personalidad y las respuestas al estrés. Algunos de estos estados normales, como el estado de ánimo depresivo o la ansiedad, son tan comunes que se consideran parte de la experiencia cotidiana normal. Aun las aberraciones perceptivas, como las alucinaciones, son experiencias sorprendentemente comunes en sujetos que no presentan trastornos mentales (Van Os y cols., 2000). Rasgos como la timidez o la necesidad de orden son bien comprendidos como variantes normales de la personalidad. La pregunta es, entonces, cómo fijar un umbral que distinga los rasgos y estados emocionales normales de experiencias indicativas de patología.

Un umbral de este tipo es importante por muchas razones. Un umbral diagnóstico claro sirve para evitar que un cuadro patológico se considere de forma banal como una "medicalización de la normalidad". Indica que un cuadro está fuera del ámbito de la experiencia común y que tampoco representa algo transitorio o autolimitado. En teoría, un individuo con un cuadro de este tipo necesitaría tratamiento o atención de alguna clase. Es probable que, en contextos especializados en salud mental, el médico no sea llamado con frecuencia para determinar si un individuo presenta un trastorno, dados los estigmas y los problemas de acceso asociados con solicitar un tratamiento de salud mental. En otras palabras, los obstáculos para solicitar y recibir atención son tan grandes que la mayoría de los individuos que concurren para tratamiento tienen, de hecho, un trastorno mental de alguna clase (Narrow y cols., 1993; Regier y cols., 1993). En estos contextos, es probable que las decisiones impliquen decidir qué trastorno presenta el individuo que acude para su tratamiento y qué tratamiento está indicado.

En cambio, en algunos contextos, como la práctica médica general o la investigación mediante encuestas familiares basadas en la comunidad, decidir si el individuo tiene un trastorno puede ser un problema más frecuente. En contextos médicos generales, a menudo no se efectúan diagnósticos de trastornos mentales en pacientes que cumplen los criterios de un trastorno mental. Por ejemplo, en el caso del trastorno depresivo mayor, esto se puede deber a factores del médico (p. ej., falta de familiaridad o incomodidad con el diagnóstico y el tratamiento de los trastornos mentales) (Gallo y cols., 2002) o a factores del umbral: los pacientes deprimidos de contextos de atención primaria suelen tener síntomas subumbral para el trastorno o apenas cumplen los criterios (Jackson y cols., 2007). Los problemas de los umbrales diagnósticos en estudios comunitarios pueden complicar la estimación en el nivel poblacional de la necesidad de servicios de salud mental; más adelante, en este mismo capítulo, se analizan los estudios comunitarios.

DSM-III y DSM-III-R

Los creadores del DSM-III (American Psychiatric Association, 1980) revolucionaron el diagnóstico psiquiátrico al aportar criterios diagnósticos operativos espe-

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

cíficos para los trastornos mentales. Asimismo, elaboraron una definición de trastorno mental que se mantuvo en todas las ediciones ulteriores del manual. Esta definición afirma que

> cada uno de los trastornos mentales es conceptualizado como un síndrome o patrón conductual o psicológico significativo que aparece en un individuo y que se asocia con distrés (p. ej., un síntoma doloroso) o discapacidad (es decir, deterioro en una o más áreas importantes de funcionamiento) actuales o con un riesgo significativamente mayor de presentar la muerte, dolor, discapacidad o una pérdida importante de libertad. Además, este síndrome o patrón no debe ser meramente una respuesta esperable o culturalmente admitida a un evento particular, por ejemplo, la muerte de un ser querido. Cualquiera sea su causa original, se la debe considerar, en la actualidad, una manifestación de una disfunción conductual, psicológica o biológica del individuo. Ni el comportamiento desviado (p. ej., político, religioso o sexual) ni los conflictos que se establecen fundamentalmente entre el individuo y la sociedad son trastornos mentales, a menos que la desviación o el conflicto sea un síntoma de una disfunción del individuo, según se describe antes (pp. xxi-xxii).

A los fines de este capítulo, corresponde destacar que el término *clínicamente significativo* está unido al síndrome conductual y que no se especifican los límites de la discapacidad y el funcionamiento.

Los criterios de trastornos básicos del DSM-III enumerados requerían síntomas, duración y exclusiones. En esa época, se consideraba que la especificación explícita y rigurosa de estos criterios definiría un síndrome patológico que minimizaría los diagnósticos falsos positivos y falsos negativos (Spitzer y Wakefield, 1999). Los criterios diagnósticos del DSM-III o del DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987) contaban con pocos criterios explícitos de significación clínica, distrés o deterioro. Sin embargo, una evaluación global del funcionamiento era una parte recomendada de la evaluación diagnóstica en ambos volúmenes (Nivel máximo de funcionamiento adaptativo en el último año, en el DSM-III, y Escala de evaluación del funcionamiento global, en el DSM-III-R), que estaba ubicada en el Eje V del esquema diagnóstico multiaxial. Dada la escasez de evidencia experimental relevante en psiquiatría en esa época, el DSM-III se elaboró, en gran medida, mediante un proceso de consenso basado en las experiencias clínicas de sus creadores. Poco se sabía sobre la epidemiología de los trastornos mentales en poblaciones comunitarias, incluidas las diferencias de las características de los trastornos mentales observados en contextos clínicos en comparación con los identificados en la comunidad.

Área de captación epidemiológica y estimaciones de prevalencia de la Encuesta Nacional de Comorbilidad

El DSM-III estimuló numerosas investigaciones nuevas basadas en la puesta en práctica de sus criterios diagnósticos. Notablemente, se elaboró el Esquema de Entrevista Diagnóstica (Diagnostic Interview Schedule, DIS), una entrevista llevada a cabo por legos para encuestas epidemiológicas basada en los criterios del

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

DSM-III, para utilizarlo en el programa del Área de Captación Epidemiológica (Epidemiologic Catchment Area, ECA) del National Institute of Mental Health (Instituto Nacional de Salud Mental). Los resultados del programa del ECA fueron sorprendentes de muchas maneras. Se detectaron altas tasas de varios trastornos que antes se consideraban raros, como el trastorno obsesivo-compulsivo, así como altas tasas de coexistencia de trastornos mentales. La tasa global de trastornos mentales también fue más alta que la prevista, en particular cuando se basaba en los informes retrospectivos de síntomas de los encuestados durante sus vidas (Robins y Regier, 1991). La Encuesta Nacional de Comorbilidad (National Comorbidity Survey, NCS), una encuesta de trastornos mentales basada en los criterios del DSM-III-R representativa a nivel nacional, halló tasas aun más altas de trastornos, con una tasa global de trastornos mentales durante la vida cercana al 50% (Kessler y cols., 1994). Las discrepancias de las tasas de trastornos mentales comunicadas en la ECA y la NCS, que se llevaron a cabo con un intervalo de sólo 10 años, plantearon muchos interrogantes acerca de las metodologías de las encuestas, los criterios diagnósticos del DSM y los instrumentos de evaluación usados para presentar de forma práctica estos criterios (Regier y cols., 1998). Se hallaron varios factores que tienen posible significación en las discrepancias de las tasas de prevalencia comunicadas. Entre ellos, figuraban los cambios de los criterios diagnósticos entre el DSM-III y el DSM-III-R, los cambios de los instrumentos de evaluación (el DIS, en la ECA, y la versión de la Universidad de Michigan de la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta [Composite International Diagnostic Interview, CIDI], en la NCS) y las disparidades en el uso de las "preguntas de significación clínica" contenidas en ambos instrumentos de evaluación diagnóstica.

Se incorporaron preguntas de significación clínica en el DIS y la CIDI para garantizar que un síntoma o un síndrome admitido por el encuestado fuera de gravedad suficiente para ser clínicamente importante. Las preguntas indagaban si el encuestado había mencionado el síntoma/síndrome a un clínico, si había tomado o no medicación más de una vez por el síntoma/síndrome, y si el síntoma/síndrome había interferido con la vida o las actividades del encuestado. Los creadores del DIS consideraban que una distinción de este tipo tenía particular importancia para los síntomas de ansiedad, que se consideraba que eran comunes en la población, a menudo autolimitados o que no causaban distrés, y que, por consiguiente, no tenían trascendencia clínica. En consecuencia, se formulaban preguntas de importancia clínica en los trastornos de ansiedad para cada síntoma aceptado, y un síntoma se contaba como positivo si el encuestado avalaba una de las preguntas de significación clínica. Para el resto de los trastornos del DIS y para todos los trastornos de la CIDI de la Universidad de Michigan, si se formulaban preguntas de importancia clínica, se lo hacía en el nivel de síndromes; es decir, para un grupo de síntomas del trastorno admitidos. Es importante destacar que estas preguntas de significación clínica se elaboraron bastante antes de la publicación del DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) y su "criterio de significación clínica" (analizado más adelante) y, por ende, no se corresponden directamente con los conceptos contenidos en este criterio.

Un nuevo análisis de los datos del ECA y la NCS (Narrow y cols., 2002) reveló que, excepto por los trastornos de ansiedad en el ECA, las preguntas de signi-

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

ficación clínica se formularon pero no se utilizaron para las estimaciones de prevalencia en ninguno de los estudios. Como era previsible, cuando se introdujeron estas preguntas en los algoritmos diagnósticos de cada estudio, disminuyeron las tasas de prevalencia. La declinación de las tasas fue mayor en la NCS que en el ECA, lo que tuvo el efecto de aproximar entre sí las tasas de prevalencia. Las poblaciones con trastornos "clínicamente significativos" también tenían tasas más altas de uso de servicios y niveles más altos de gravedad clínica evaluados mediante las limitadas medidas disponibles en las encuestas. Así, agregar datos de significación clínica a los trastornos identificó una población con mayor probabilidad de requerir atención de los planificadores de servicios de salud mental e implementadores de políticas. Se publicaron hallazgos similares de una serie de datos australianos (Slade y Andrews, 2002).

En forma más reciente, los análisis de la prevalencia del trastorno por estrés postraumático en dos estudios poblacionales hallaron que la inclusión del criterio de significación clínica redujo la prevalencia de por vida condicional del trastorno por estrés postraumático en el 28%, en una muestra, y en el 37%, en la segunda muestra (Breslau y Alvarado, 2007). Sin embargo, la aplicación del criterio no diferenció entre pacientes con deterioro funcional medido por la presencia o la ausencia de días de pérdida de trabajo/distrés (Breslau y Alvarado, 2007). Otros autores han cuestionado si el criterio es eficaz para mejorar la validez cuando se lo aplica utilizando entrevistas diagnósticas administradas por legos y profesionales no clínicos que suelen ser empleados en encuestas epidemiológicas (Beals y cols., 2004).

Es evidente que las preguntas de significación clínica usadas en el DIS y la CIDI de la Universidad de Michigan no fueron suficientes para definir un umbral para los trastornos mentales. El estudio del ECA y la NCS otorgaron escasa atención, más allá de las preguntas rudimentarias de significación clínica, a la gravedad de los síntomas o al distrés y las limitaciones del funcionamiento social y ocupacional, lo que habría sido necesario para encarar de manera adecuada las preguntas abiertas de umbrales diagnósticos.

DSM-IV: el criterio de significación clínica y sus problemas

Los creadores del DSM-IV intentaron encarar las cuestiones de sobreinclusión agregando el criterio de significación clínica a muchos más diagnósticos que el DSM-III. Más del 70% de las series de criterios diagnósticos del DSM-IV contienen ese criterio (Lehman y cols., 2002). La redacción del criterio en todo el DSM-IV varía ligeramente, pero suele ser la siguiente: "La alteración causa distrés o deterioro del funcionamiento social, ocupacional o en otras áreas importantes clínicamente significativos". Este criterio difiere de la definición del DSM de trastorno mental al requerir significación clínica del distrés del individuo o del deterioro del funcionamiento social, ocupacional o en otras áreas importantes en lugar de significación clínica del "síndrome o patrón conductual o psicológico", como en la definición de trastorno mental.

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

Spitzer y Wakefield (1999) se contaron entre los críticos más prominentes del criterio de significación clínica y desestimaron su agregado al DSM-IV como "estrictamente conceptual" más que empírico. Se consideran particularmente problemáticas la vaguedad y la subjetividad de la terminología del criterio, que dan origen a una definición circular: un trastorno se define por distrés o deterioro clínicamente significativos, que consiste en distrés o deterioro lo bastante significativos para ser considerados un trastorno". El criterio considera el requerimiento de la definición de que un trastorno mental "se asocie con distrés (p. ej., un síntoma doloroso) o discapacidad (es decir, deterioro en una o más áreas importantes de funcionamiento) actuales", pero no considera la opción alternativa de que el síndrome se asocie "con un riesgo significativamente mayor de sufrir muerte, dolor, discapacidad o una pérdida importante de libertad". Esto puede inducir un aumento de evaluaciones falsas negativas. El término "clínicamente significativo" no está definido ni operacionalizado, y de hecho, el DSM-IV concede que "determinar si se cumple este criterio... es una valoración inherentemente difícil", pero el clínico no recibe ninguna orientación respecto de cómo encarar esta dificultad. Las posibles diferencias culturales y étnicas aumentan la dificultad para expresar de forma práctica la significación clínica. Coyne y Marcus (2006) comunicaron que el uso del criterio de significación clínica determinó una reducción de la prevalencia del trastorno depresivo mayor en afroamericanos, mientras que no se observó un patrón de este tipo en pacientes de raza blanca.

El criterio puede determinar falsos negativos en casos en los que los criterios diagnósticos lo tornan redundante. En algunos trastornos (p. ej., trastorno de conducta, mutismo selectivo, fuga disociativa, trastorno de la erección en el hombre, dependencia de sustancias), se podría considerar que los propios síntomas causan, inherentemente, distrés o deterioro. Entonces, la inclusión del criterio no sólo es innecesaria, sino que puede determinar que se descalifique el diagnóstico en pacientes que no comunican distrés ni deterioro significativos (Spitzer y Wakefield, 1999; Wakefielg y First, 2003). Un gran bebedor de alcohol con "alto funcionamiento" que niega problemas sociales relacionados con la bebida puede, por otra parte, cumplir los criterios de dependencia del alcohol, pero escapa al diagnóstico porque no cumple este requerimiento.

La utilización del criterio de significación clínica no coincide con la perspectiva de la medicina general de que, por lo general, no se requiere distrés o deterioro funcional para formular un diagnóstico (Üstün y Kennedy, 2009). De hecho, muchos cuadros asintomáticos de la medicina general se diagnostican sobre la base del conocimiento de su progresión o el mayor riesgo de un pronóstico desfavorable (p. ej., tumores malignos en estadio temprano, infección por HIV o hipertensión). Sería impensable sugerir que estos trastornos no existen hasta que causan distrés o discapacidad. Por el contrario, algunos trastornos médicos rara vez, si acaso, se consideran clínicamente significativos (p. ej., alopecia masculina, glucosuria renal), porque no requieren tratamiento (pese a las consideraciones estéticas en el caso de la alopecia), y ni siquiera observación. Los trastornos mentales del DSM-IV se ajustan a un estándar diferente. La estigmatización continua de los trastornos mentales en la sociedad puede desempeñar un papel en fijar este estándar al alentar a los profesionales del campo de salud mental a "demostrar"

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

que los trastornos mentales son reales, incapacitantes y tratables. El uso del criterio de significación clínica potencia este argumento pero, como se mencionó, aleja a este grupo de trastornos del resto de la medicina.

Si bien el criterio se elaboró por la necesidad de esclarecer el umbral, su inclusión con los criterios diagnósticos, combinando la discapacidad con la sintomatología de los trastornos, puede, en realidad, obstaculizar los intentos de hallar las causas subyacentes de los trastornos y su tratamiento. En estudios comunitarios, algunos sujetos cumplen todos los criterios de síntomas de un trastorno, pero niegan cualquier interferencia significativa con su vida como resultado de estos síntomas. Es probable que estos individuos representen un grupo heterogéneo: algunos quizá mostrarán limitaciones en las actividades en el futuro, mientras que otros tendrán una disminución de los síntomas o remisión del trastorno sin presentar nunca discapacidad. Las implicaciones para la prevención y el tratamiento son claras en el primer grupo, pero no en el segundo. Por el contrario, aquellos con síntomas que no alcanzan el umbral del trastorno pueden expresar interferencia significativa con su vida como consecuencia de esos síntomas, y existe evidencia de tratamientos eficaces para síntomas depresivos subumbral (Judd y cols., 2004; Oxman y cols., 2008). Otros estudios encontraron distintas tasas de recuperación de síntomas del DSM en oposición a mejorías del funcionamiento social, que mejoró menos que la sintomatología (Hirschfeld y cols., 2002; Vittengl y cols., 2004). Es probable que los factores de riesgo y protección para la aparición de discapacidad no sean los mismos que determinan la aparición de los síntomas de síndromes de trastornos mentales (Clayer y cols., 1998; Kessler y cols., 2003b; Merikangas y cols., 2007; Scott y cols., 2009; Stein y cols., 2008). Algunos estudios mostraron que ciertos síntomas se asocian con discapacidades específicas (p. ej., síntomas de psicosis y deterioro de la cognición social [Penn y cols., 2008; Toomey y cols., 2002]), lo que sugiere que es preciso centrarse en la relación entre determinados síntomas y su repercusión en las aptitudes necesarias para el funcionamiento social adecuado, más que en los síntomas de síndromes completos.

¿Dónde ubicar el distrés?

El *distrés* no está definido en el DSM, y no queda claro qué implica el concepto. Algunos de los artículos acerca del criterio de significación clínica indican que "distrés" se podría entender en su significado coloquial, más general; es decir, alteración, incomodidad o dolor emocionales (Spitzer y Wakefield, 1999). Asimismo, hay una gran base de investigación que caracteriza al distrés en función de combinaciones de conceptos más altamente definidos de depresión, ansiedad y, a veces, síntomas somáticos (p. ej., Kessler y cols., 2002, 2003a). La primera conceptualización es problemática porque tiene escasa evidencia empírica para avalar su definición y su uso. Si se aplica la última conceptualización, hay alto riesgo de confundir distrés con sintomatología, pero también con muchos otros trastornos en los que estos síntomas desempeñan un papel prominente (West y cols., 2009). También es problemático decidir en qué nivel se vuelve clínicamente significativo el distrés, porque los umbrales establecidos empíricamente se basan en la gravedad de los síntomas.

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

Asimismo, el criterio de significación clínica, al exigir distrés "o" deterioro funcional para el diagnóstico de un trastorno mental, puede ejercer el efecto de reducir la atención al deterioro funcional en contextos clínicos. Dado que el distrés, según demostraron algunos investigadores (Evangelia y cols., 2010; Mond y cols., 2009; Rickwood y Braithwaite, 1994; Sareen y cols., 2005), se vincula con la solicitud de atención médica, se podría postular que la mayoría de los pacientes asistidos por clínicos presentarán inicialmente distrés, lo que satisface el criterio y elimina la necesidad de evaluar el deterioro funcional. Si se atribuye distrés a personas distintas del paciente (p. ej., padres de niños, adultos responsables de pacientes con demencia), más pacientes aun cumplirían este criterio. Por último, el distrés puede ser causado por factores externos, como la desaprobación social, que posiblemente no es una razón para considerar una conducta como patológica.

Más allá del criterio de significación clínica: gravedad de los síntomas y discapacidad

Como se observó, uno de los objetivos de la operacionalización de los criterios sintomáticos del sistema del DSM era especificar un grupo de síntomas que fueran en conjunto lo bastante graves para sobrepasar el umbral que separa la psicopatología de las reacciones psicológicas normales a factores de estrés y estados transitorios, autolimitados. Por lo tanto, se desprende que uno debería ser capaz de diagnosticar un trastorno en función de la gravedad de sus síntomas sin considerar su repercusión sobre las actividades. Uno de los métodos aplicados para cuantificar la gravedad, en particular para series de criterios politéticos, son los *recuentos de síntomas*, por ejemplo, para trastorno depresivo mayor. Después de especificar una cantidad mínima de síntomas como umbral del trastorno, los trastornos leves se caracterizan por presentar el umbral de síntomas o pocos síntomas más allá del umbral; los trastornos graves se caracterizan por tener todos o casi todos los síntomas especificados para el trastorno; y los trastornos moderados se ubican entre los leves y los graves. Sin embargo, aunque los conjuntos de síntomas parecían en principio delinear trastornos definidos, la experiencia en encuestas comunitarias, descritas antes, mostró que, de hecho, tenían problemas, en particular alrededor del extremo leve de la dimensión de gravedad.

Algunos de estos problemas pueden derivar de las especificaciones de gravedad insuficientes de los propios síntomas. (Grupos antipsiquiatría han criticado desde hace tiempo el DSM por extraer síntomas de series de criterios que, por sí mismos, se podrían considerar una conducta normal). Es verdad que algunos síntomas se basan en extremos de la conducta normal y el uso de especificadores de frecuencia vagos, como "a menudo", que no aportan mucha orientación respecto del umbral. No se ha esclarecido si una acumulación de síntomas que por sí mismos pueden no ser patológicos, permiten especificar un trastorno, o si cada síntoma debe elevarse a un nivel de gravedad para contar como un síntoma. Otros síntomas, en particular de niños y adolescentes, se valoran respecto de una trayectoria de desarrollo normativo no especificada.

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

Por último, algunos síntomas, en especial los de abuso de sustancias y de trastornos "externalizantes", como trastorno de la personalidad antisocial y trastorno de déficit de atención-hiperactividad, se confunden con las consecuencias de los trastornos, conocidos también como *deterioros del funcionamiento*. La Escala de Evaluación del Funcionamiento Global del Eje V, que fue concebida para evaluar el funcionamiento global mediante la operacionalización de limitaciones sociales, ocupacionales y de relación, muestra una confusión similar. Sin embargo, la escala fue criticada por incluir especificadores de los síntomas en sus descripciones: por ejemplo, nivel de ideación suicida, ideas delirantes y alucinaciones, y afecto plano. No resulta sorprendente que varios estudios hayan observado que el Eje V se correlaciona significativamente con los síntomas, y en algunos estudios, lo hace aun más que el funcionamiento (Goldman y cols., 1992; Hilsenroth y cols., 2000; Roy-Byrne y cols., 1996; Skodol y cols., 1998).

Conceptualizaciones de la Organización Mundial de la Salud de trastorno y funcionamiento

La Organización Mundial de la Salud (OMS) desarrolló una "familia de Clasificaciones Internacionales", que incluye la *Clasificación Internacional de Enfermedades*, 10.ª revisión (CIE-10; Organización Mundial de la Salud, 1992), la *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud* (CIF; Organización Mundial de la Salud, 2001) y la *Clasificación Internacional de Intervenciones en Salud* (CIIS; en desarrollo). En la CIE-10, los trastornos mentales se presentan en dos versiones, "pautas clínicas" y "criterios de investigación"; estos últimos están en estrecha armonía con los criterios sintomáticos del DSM-IV. En cambio, a diferencia del enfoque adoptado por el DSM-IV, las pautas y los criterios diagnósticos contenidos en el capítulo de trastornos mentales de la CIE-10 no contienen un requerimiento de distrés o deterioro del funcionamiento social clínicamente significativos.

La terminología de la CIF es bastante diferente de la que se suele utilizar en los contextos de atención médica de los EE.UU., pero se pueden trazar paralelos con facilidad. La CIF contiene descripciones de tres niveles diferentes de *funcionamiento* humano: estructuras y funciones corporales, actividades (tareas o acciones del individuo) y participación en la sociedad. Las "funciones corporales" de la CIF estrechamente asociadas con trastornos mentales son conciencia, orientación, intelecto, temperamento y personalidad, energía e impulso, introspección (*insight*), regulación de la emoción y sueño. Las "actividades y participación" son aprendizaje y aplicación del conocimiento, ejecución de tareas y demandas, comunicación, movilidad, cuidado de sí mismo, participación en la vida doméstica, compromiso en interacciones personales y participación en actividades cotidianas importantes (p. ej., emprendimientos educacionales, ocupacionales, económicos, comunitarios, sociales y cívicos). La CIF también incluye factores ambientales, un cuarto dominio que incide en los tres niveles de función, y también reconoce como importantes a factores personales como sexo, edad, educación y nivel social,

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

aunque no los enumera. Se admite que las actividades y la participación tienen aspectos que, posiblemente, se superponen; se las enumera juntas en la CIF, y se concede considerable flexibilidad a los usuarios de la CIF respecto de si un dominio específico debe ser considerado un constructo de actividad o de participación.

En la CIF, *discapacidad* hace referencia a deterioros, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Las limitaciones de la estructura y funciones corporales se denominan *deterioros*; los deterioros de las funciones mentales en la CIF suelen ser similares a los síntomas del DSM-IV. Las *limitaciones en las actividades* son similares a los "deterioros del funcionamiento social, ocupacional o en otras áreas importantes" del DSM-IV, aunque algunos síntomas del DSM-IV calificarían como limitaciones en las actividades en la CIF. Las *restricciones en la participación* hacen referencia a problemas de interacción en la sociedad en general (p.ej., obstáculos físicos, estigmas, discriminación). Se creó un sistema de codificación como parte de la CIF, lo que permite la documentación de deterioros, limitaciones en las actividades y restricciones en la participación específicos en diferentes niveles de especificidad.

Para las limitaciones en las actividades y restricciones en la participación, hay dos calificadores posibles que describen *desempeño* y *capacidad*. El calificador *desempeño* describe "lo que un individuo realiza en su medio actual". El calificador *capacidad* describe la aptitud de un individuo para ejecutar una tarea o una acción e indica "el máximo nivel probable de funcionamiento de una persona en un dominio dado, en un momento dado". Si bien el calificador desempeño tiene en cuenta la asistencia personal o el uso de dispositivos de asistencia, el calificador capacidad intenta describir la aptitud de la persona en un medio estandarizado, "ambientalmente ajustado", sin el uso de asistencia personal ni dispositivos de asistencia.

Como indica la explicación precedente, la CIF es un marco detallado y complejo para describir la discapacidad. No se la ha empleado mucho en los Estados Unidos, con la posible excepción de contextos de rehabilitación. Varios países han iniciado el proceso de estandarizar la CIF para aplicarla en estándares y legislación sobre salud. Diversos países, como Australia, Canadá, Italia, India, Japón y México, han comenzado a elaborar indicadores y sistemas de comunicación basados en la CIF para ser utilizados en rehabilitación, evaluación de discapacidad y atención de ancianos.

En los Estados Unidos, el National Center for Vital and Health Statistics (Centro Nacional de Estadísticas de Vida y Salud) estudió durante 18 meses la CIF y, en 2001, envió un informe a Tommy Thompson, el entonces secretario del U.S. Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU.). El informe reconoció una amplia coincidencia respecto de la importancia de reunir información sobre el estado funcional para la atención clínica, la práctica, política y administración sanitarias, y recomendó la selección de un conjunto de códigos para datos del estado funcional en registros estandarizados y la selección e investigación de un conjunto de códigos para estos propósitos. Asimismo, reconoció problemas prácticos importantes para encarar antes de que comenzara la comunicación generalizada del estado funcional, como hallar un método para incorporar la información sobre el estado funcional en registros estandarizados y determinar la factibilidad y los costes de reunir estos datos. Se

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

reconoció el valor potencial de la CIF, pero no se la avaló como un conjunto de códigos oficial.

La OMS designó al U.S. Department of Health and Human Services como el Centro Colaborativo Norteamericano para promover el uso de la CIF. También están trabajando la American Speech, Language and Hearing Association (Asociación de Habla, Lenguaje y Audición de los Estados Unidos), la American Occupational Therapy Association (Asociación de Terapia Ocupacional de los Estados Unidos) y la American Psychological Association (Asociación de Psicología de los Estados Unidos). Todas estas organizaciones trabajaron juntas para elaborar un manual de procedimientos de evaluación funcional estándar basado en la CIF, y se planificó una amplia gama de proyectos educacionales, de capacitación e investigación piloto. No se han publicado los resultados de estos proyectos.

Conclusión y recomendaciones

A medida que el desarrollo del DSM-5 se acerca a su concreción, se vuelve cada vez más imperativo encarar las limitaciones de la evaluación diagnóstica del DSM-IV y el DSM-IV-TR, lo que puede fortalecer la manera de representar los síndromes diagnósticos y la discapacidad en el futuro. Se debe alentar la adopción de un lenguaje común y de terminología mejor definida. Los profesionales de salud mental de los EE.UU. emplean los términos *deterioro, funcionamiento, discapacidad* y *distrés* de maneras que son, más a menudo que no, vagos y confusos para aquellos que emplean la terminología y los sistemas de clasificación de la CIE y la CIF de la OMS. El objetivo de la armonización entre el DSM-5 y la CIE-11 se facilitará si el DSM-5 intenta compatibilizar su enfoque respecto de su especificación de discapacidad, así como sus criterios sintomáticos. Si bien el sistema de la CIF aporta un marco bien pensado para definir y denominar las consecuencias de los trastornos, este es casi totalmente desconocido para los psiquiatras de los EE.UU., y se deben considerar y encarar los problemas de difundir una clasificación y una terminología no familiares a una nueva audiencia.

Cabe destacar que el desarrollo de la CIF fue posible mediante un acuerdo cooperativo (U01MH035883) del National Institute of Mental Health, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism y el National Institute on Drug Abuse, que aportaron fondos a la OMS por un período de 19 años (1983-2001). El WHO/Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration Joint Project on Diagnosis and Classification (Proyecto Conjunto sobre Diagnóstico y Clasificación de la OMS/Administración de Abuso de Alcohol, Drogas y Salud Mental), denominado más tarde WHO/National Institutes of Health (NIH) Joint Project of the Assessment of Disablement (Proyecto Conjunto de Evaluación de Discapacidad de la OMS/Institutos Nacionales de Salud), financió primero el desarrollo de instrumentos de la OMS para la evaluación, el diagnóstico y la clasificación de trastornos relacionados con abuso de sustancias y enfermedad mental o neurológica, y después, el desarrollo de la clasificación de discapacidades CIF. Varios miembros actuales y exmiembros del personal del NIH que trabajaron en el desarrollo de la CIF son el autor (W.E.N.), Cille Kennedy, Ph.D.; Darrel A. Regier, M.D., M.P.H.; Wilson Compton, M.D., M.P.E.; y Bridget F. Grant, Ph.D., todos los cuales son

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

miembros del Equipo de Trabajo, los Grupos de Trabajo o los Grupos Asesores del DSM-5. Además, el Cuestionario de Discapacidad II de la OMS, que se desarrolló junto con la CIF con subsidios del NIH, puede servir como medida candidata en el DSM-5 para evaluar la discapacidad y el deterioro dentro del contexto del marco de la CIF.

Se deben reconocer los múltiples usos de los diagnósticos del DSM-5 y manejarlos en términos del papel de los síntomas y sus consecuencias. Una de las distinciones más importantes que se deben hacer es el uso de los diagnósticos para propósitos clínicos frente a propósitos de investigación. La evaluación de la significación clínica es una parte importante de determinar la necesidad de tratamiento, tanto en el nivel del encuentro clínico individual como en el de fijar políticas para servicios de salud mental. Idealmente, la significación clínica sería inherente en las presentaciones de síntomas de cada trastorno del DSM mediante una clara especificación de las funciones mentales que subyacen a los trastornos, métodos para medir con exactitud estas funciones, y la gravedad y duración de los síntomas. Sin embargo, es improbable que, dado el estado de la ciencia, se puedan definir suficientemente los síndromes de trastornos mentales para lograr este objetivo en este momento. En consecuencia, por ahora, el uso de distrés y limitaciones en la actividad conservará su utilidad para determinar la significación clínica con fines clínicos, de política y de reintegro. Por las razones analizadas en secciones anteriores de este capítulo, la investigación de las causas de los trastornos mentales bien podrían ser confundidas por el uso requerido de estos especificadores de significación clínica, y los investigadores deben ser conscientes de los posibles problemas de aplicarlos para definir sus grupos de estudio.

La discapacidad (limitaciones en las actividades) se debe separar lo más posible de los criterios sintomáticos. La separación entre los síntomas y la discapacidad debería tener lugar en dos niveles: los criterios sintomáticos y el criterio de significación clínica. La separación de síntomas de las limitaciones en las actividades destacará la necesidad de investigar ambas áreas en evaluaciones diagnósticas y seguimientos del tratamiento, y como se comentó antes, puede mejorar la investigación de las causas de trastornos mentales.

Se debe abandonar el distrés como criterio para un diagnóstico de trastorno mental. En su lugar, se deben examinar los criterios sintomáticos con el propósito de esclarecer términos y, en los casos posibles, fortalecer su validez aparente para designar psicopatología. Fortalecer los criterios sintomáticos y permitir la evaluación dimensional de los componentes psicológicos comúnmente conocidos del distrés, como depresión, ansiedad y somatización, en todos los trastornos reduciría mucho la necesidad de considerar el concepto actual mal definido de distrés del DSM. Abandonar el requerimiento de distrés también servirá para enfocar la atención en las limitaciones en las actividades. De todos modos, eliminar este requerimiento puede resultar más fácil en algunos trastornos que en otros.

Se deben investigar más las consecuencias de los trastornos mentales. Como los trastornos mentales y las discapacidades parecen tener trayectorias distintas, es probable que evaluaciones precisas pero independientes de cada uno promuevan la investigación de la etiología de las discapacidades relacionadas con los trastornos mentales. Puede ser más probable explicar las discapacidades resultantes

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

mediante investigaciones en el nivel de los síntomas individuales asociados con un trastorno que mediante investigaciones en el nivel del trastorno. Asimismo, es probable que las evaluaciones de síntomas concomitantes fuera de los criterios diagnósticos de un trastorno particular, como se están proponiendo para el DSM-5, aporten información útil. Sin embargo, cabe esperar que las explicaciones sobre limitaciones en las actividades sean complejas e impliquen síntomas, así como características personales (p. ej., factores demográficos, rasgos de personalidad, cultura), y factores de riesgo y de protección ambientales.

Bibliografía

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3ª ed. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1980

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3ª ed., revisada. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1987

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4ª ed. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4ª ed., Text Revision. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000

Beals J, Novins DK, Spicer P, et al: Challenges in operationalizing the DSMIV clinical significance criterion. Arch Gen Psychiatry 61:1197–1207, 2004

Breslau N, Alvarado GF: The clinical significance criterion in DSM-IV post-traumatic stress disorder. Psychol Med 37:1437–1444, 2007

Clayer J, Bookless C, Air T, et al: Psychiatric disorder and disability in a rural community. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 33:269–273, 1998

Coyne JC, Marcus SC: Health disparities in care for depression possibly obscured by the clinical significance criterion. Am J Psychiatry 163:1577–1579, 2006

Evangelia N, Kirana PS, Chiu G, et al: Level of bother and treatment-seeking predictors among male and female in patients with sexual problems: a hospital-based study. J Sex Med 7 (2 Pt 1):700–711, 2010

Gallo JJ, Meredith LS, Gonzales J, et al: Do family physicians and internists differ in knowledge, attitudes, and self-reported approaches for depression? Int J Psychiatry Med 32:1–20, 2002

Goldman HH, Skodol AE, Lave TR: Revising Axis V for DSM-IV: a review of measures of social functioning. Am J Psychiatry 149:1148–1156, 1992

Hilsenroth MJ, Ackerman SJ, Blagys MD, et al: Reliability and validity of DSM-IV axis V. Am J Psychiatry 157:1858–1863, 2000

Hirschfeld R, Dunner D, Keitner G, et al: Does psychosocial functioning improve independent of depressive symptoms? A comparison of nefazodone, psychotherapy, and their combination. Biol Psychiatry 51:123–133, 2002

Jackson JL, Passamonti M, Kroenke K: Outcome and impact of mental disorders in primary care at 5 years. Psychosom Med 69:270–276, 2007

Judd LL, Rapaport MH, Yonkers KA, et al: Randomized, placebo-controlled trial of fluoxetine for acute treatment of minor depressive disorder. Am J Psychiatry 161:1864–1871, 2004

Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, et al: Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry 51:8–19, 1994

Kessler RC, Andrews G, Colpe LJ, et al: Short screening scales to monitor population preva-

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

lences and trends in non-specific psychological distress. Psychol Med 32:959–976, 2002
Kessler RC, Barker PR, Colpe LJ, et al: Screening for serious mental illness in the general population. Arch Gen Psychiatry 60:184–189, 2003a
Kessler RC, Ormel J, Demler O, et al: Comorbid mental disorders account for the role impairment of commonly occurring chronic physical disorders: results from the National Comorbidity Survey. J Occup Environ Med 45:1257–1266, 2003b
Lehman AF, Alexopoulos GS, Goldman H, et al: Mental disorders and disability: time to reevaluate the relationship? En: A Research Agenda for DSM-V. Editado por Kupfer DJ, First MB, Regier DA. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2002, pp 201–218
Merikangas KR, Ames M, Cui L, et al: The impact of comorbidity of mental and physical conditions on role disability in the US adult household population. Arch Gen Psychiatry 64:1180–1188, 2007
Mond JM, Hay PJ, Darby A, et al: Women with bulimic eating disorders: when do they receive treatment for an eating problem? J Consult Clin Psicol 77:835–844, 2009
Narrow WE, Regier DA, Rae DS, et al: Use of services by persons with mental and addictive disorders: findings from the National Institute of Mental Health Epidemiologic Catchment Area Program. Arch Gen Psychiatry 50:95–107, 1993
Narrow WE, Rae DS, Robins LN, et al: Revised prevalence estimates of mental disorders in the United States: using a clinical significance criterion to reconcile 2 surveys' estimates. Arch Gen Psychiatry 59:115–123, 2002
Oxman TE, Hegel MT, Hull JG, et al: Problem-solving treatment and doping styles in primary care minor depression. J Consult Clin Psychol 76:933–943, 2008
Penn DL, Sanna LJ, Roberts DL: Social cognition in schizophrenia: an overview. Schizophr Bull 34:408–411, 2008
Regier DA, Narrow WE, Rae DS, et al: The de facto US mental and addictive disorders service system: epidemiologic catchment area prospective 1-year prevalence rates of disorders and services. Arch Gen Psychiatry 50:85–94, 1993
Regier DA, Kaelber CT, Rae DS, et al: Limitations of diagnostic criteria and assessment instruments for mental disorders Implications for research and policy. Arch Gen Psychiatry 55:109–115, 1998
Rickwood DJ, Braithwaite VA: Social-psychological factors affecting helpseeking for emotional problems. Soc Sci Med 39:563–572, 1994
Robins LN, Regier DA (eds): Psychiatric Disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area Study. New York, The Free Press, 1991
Roy-Byrne P, Dagadakis C, Unutzer J, et al: Evidence for limited validity of the revised global assessment of functioning scale. Psychiatr Serv 47:864–866, 1996
Sareen J, Cox BJ, Afifi TO, et al: Perceived need for mental health treatment in a nationally representative Canadian sample. Can J Psychiatry 50:643–651, 2005
Scott KM, Von Korff M, Alonso J, et al: Mental-physical comorbidity and its relationship with disability: results from the World Mental Health Surveys. Psychol Med 39:33–43, 2009
Skodol AE, Link BG, Shrout PE, et al: The revision of axis V in DSM-III-R: should symptoms have been included? Am J Psychiatry 145:825–829, 1988
Slade TB, Andrews GA: Empirical impact of DSM-IV diagnostic criterion for clinical significance. J Nerv Ment Dis 190:334–337, 2002
Spitzer RL, Wakefield JC: DSM-IV diagnostic criterion for clinical significance: does it help solve the false positives problem? Am J Psychiatry 156:1856–1864, 1999
Stein MB, Belik SL, Jacobi F, et al: Impairment associated with sleep problems in the community: relationship to physical and mental health comorbidity. Psychosom Med 70:913–919, 2008

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

Toomey R, Schuldberg D, Corrigan P, et al: Nonverbal social perception and symptomatology in schizophrenia. Schizophr Res 53:83–91, 2002

Üstün B, Kennedy C: What is "functional impairment"? Disentangling disability from clinical significance World Psychiatry 8:82–85, 2009

Van Os J, Hanssen M, Bijl RV, et al: Strauss (1969) revisited: a psychosis continuum in the general population? Schizophr Res 45:11–20, 2000

Vittengl JR, Clark LA, Jarrett RB: Improvement in social-interpersonal functioning after cognitive therapy for recurrent depression. Psychol Med 34:643–658, 2004

Wakefield JC, First MB: Clarifying the distinction between disorder and nondisorder: confronting the overdiagnosis (false positives) problem in DSM-V, in Advancing DSM: Dilemmas in Psychiatric Diagnosis. Editado por Phillips KA, First MB, Pincus HA. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2003, pp 23–56

West JC, Narrow WE, Stipec MR, et al: Dimensional assessment of psychopathology among patients treated by psychiatrists. Poster presentation at the 99th annual meeting of the American Psychopathological Association, New York City, March 2009

World Health Organization: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10ª revisión. Geneva, World Health Organization, 1992

World Health Organization: International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Geneva, World Health Organization, 2001

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

CAPÍTULO 9

EVALUACIÓN DE LAS LIMITACIONES EN LA ACTIVIDAD Y LA DISCAPACIDAD EN ADULTOS

Michael Von Korff, Sc.D.
Gavin Andrews, M.D.
Madeleine Delves

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA,C.A.
Rif: J-29855562-9

En este capítulo, analizamos la evaluación de las limitaciones en la actividad y la discapacidad en poblaciones adultas, y proponemos maneras de mejorar los procesos de evaluación. Específicamente, realizaremos lo siguiente:

- Resumir el marco de la Organización Mundial de la Salud para evaluar las limitaciones en la actividad y la discapacidad, que fue articulado en la *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud* de 2001 (CIF; Organización Mundial de la Salud, 2001).
- Revisar la evidencia concerniente a las propiedades psicométricas de una evaluación de este tipo con el Cuestionario de evaluación de la discapacidad II de la Organización Mundial de la Salud (World Health Organization Disability Assessment Schedule II, WHODAS II), un cuestionario basado en la CIF (Rehm y cols., 1999).
- Revisar evidencia clave respecto de las propiedades de medición de la evaluación, basada en valoraciones del médico, recurriendo a la investigación con-

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

cerniente a la Evaluación Global del Funcionamiento (*Global Assessment of Functioning*, GAF; Spitzer y Forman, 1979; Startup y cols., 2002).
- Identificar limitaciones y desventajas no resueltas de los métodos de evaluación disponibles a través de escalas de informes comunicadas por el propio paciente y valoraciones del médico.
- Proponer pasos ulteriores, que aprovechen los puntos fuertes de los métodos de evaluación existentes; considerar sus limitaciones; y aportar enfoques que podrían, finalmente, superar las desventajas no resueltas en la actualidad.

No intentamos efectuar aquí una revisión completa del trabajo previo sobre medidas de limitación en la actividad y discapacidad comunicadas por el propio paciente y valoradas por el médico; sólo la cantidad de medidas de discapacidad existente impide una tarea de este tipo. Una revisión no publicada de medidas de discapacidad, emprendida durante la elaboración del WHODAS II, identificó más de 70 escalas que miden discapacidades globales y específicas, sin incluir una cantidad mucho mayor de cuestionarios específicos de enfermedad (T. B. Ustun y M. Lofty, manuscrito no publicado).

Marco de la CIF para la evaluación de la discapacidad

La CIF distingue deterioros de limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. *Deterioro* es una desviación de las normas poblacionales para aptitudes o funciones físicas o mentales. Por lo tanto, el metabolismo inadecuado de la glucosa, la hipertensión y las alteraciones degenerativas de las articulaciones son todos deterioros. Los síntomas psicológicos (depresión, ansiedad), los déficits cognitivos, las alucinaciones e ideas delirantes, y los dolores físicos también son deterioros. Las *limitaciones en la actividad* son dificultades que presenta un individuo en la ejecución de actividades cotidianas. *Función* es un término general que abarca tanto deterioros como actividades cotidianas. *Discapacidad* hace referencia a disminuciones de la función, que se conocen en el nivel orgánico como deterioros, en el nivel personal como limitaciones en la actividad y en el nivel social como restricciones en la participación (véase Figura 9-1). Sobre la base de evidencia empírica sustancial concerniente a los determinantes de limitaciones en la actividad y restricciones en la participación, la CIF considera que factores contextuales, como factores personales (p. ej., edad, educación, motivación) y factores ambientales (p. ej., normas culturales, espacios públicos, apoyos familiares), representados en la Figura 9-2, influyen en los deterioros, las limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación. Por lo tanto, las limitaciones en la actividad y las discapacidades dependen de deterioros del organismo humano (físicos, psicofísicos y psicológicos) y de factores contextuales que inciden en la adaptación a los deterioros.

Recurriendo al marco de la CIF, nos centramos aquí en lo que se conoce acerca de la evaluación de las limitaciones en la actividad y las discapacidades en el nivel personal. Por lo general, el deterioro se puede determinar como parte de la evaluación de una enfermedad o cuadro específico. Por ejemplo, la depresión mayor se

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

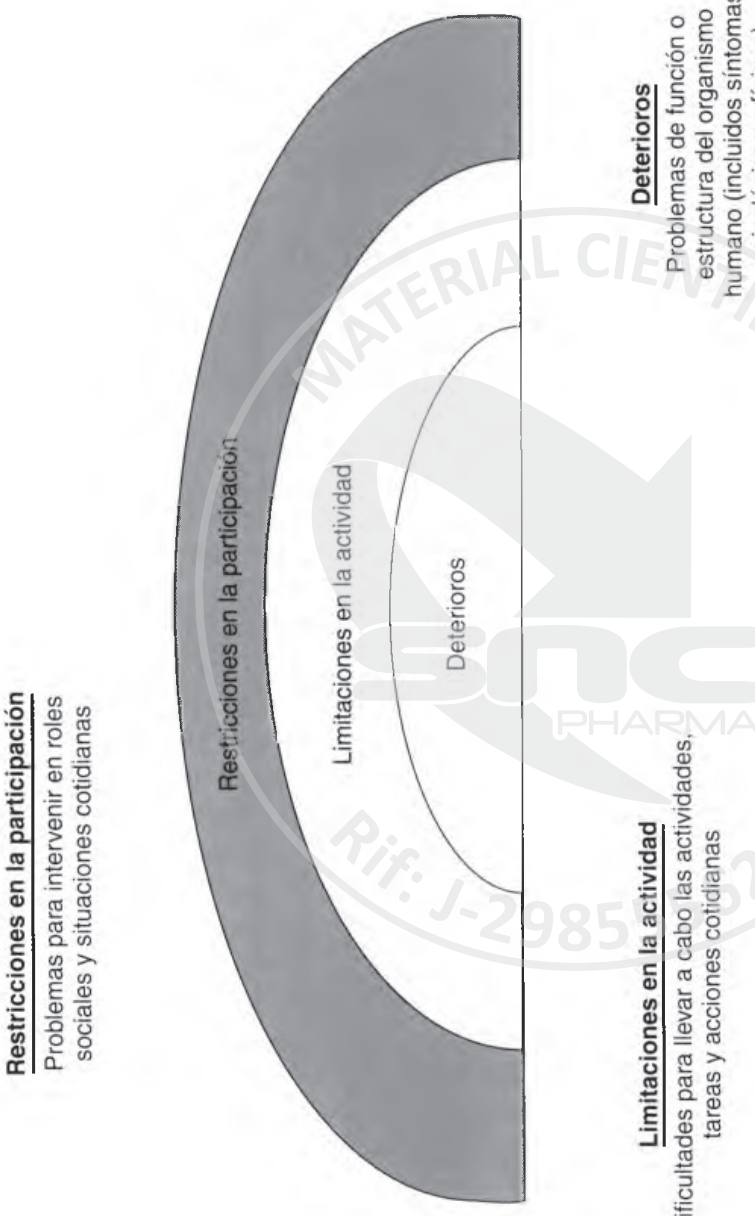


FIGURA 9-1. Perspectivas sobre discapacidad de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud de la Organización Mundial de la Salud.

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

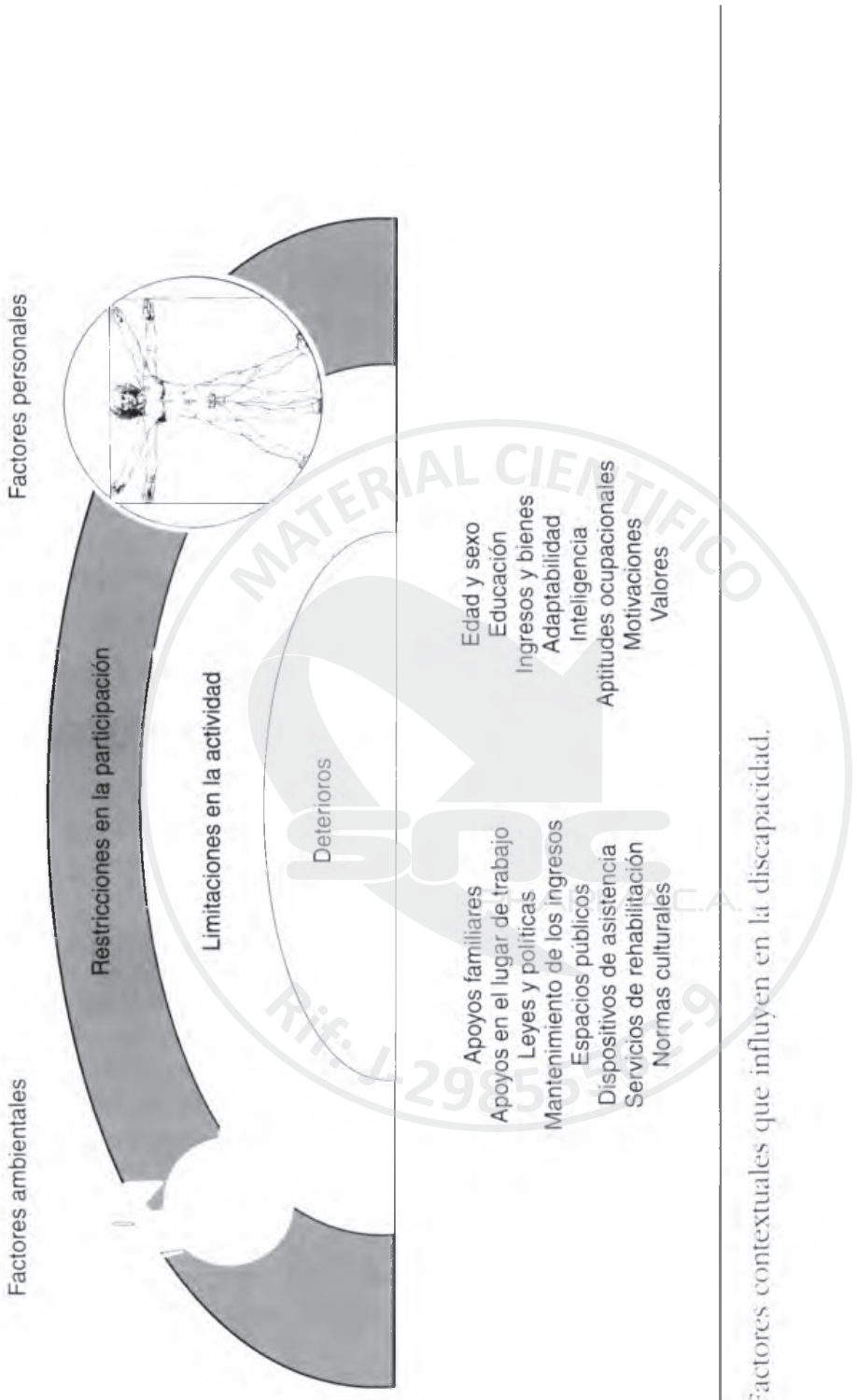


FIGURA 9-2. Factores contextuales que influyen en la discapacidad.

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

define por la cantidad y duración de síntomas depresivos que la CIF considera deterioros. En cambio, las limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación se definen, necesariamente, en el nivel de la persona como un todo. Es difícil, desde los puntos de vista práctico y conceptual, atribuir limitaciones en la actividad y discapacidad a un trastorno mental o físico específico, por dos razones: 1) las limitaciones en la actividad están intensamente influenciadas por la presencia de cuadros concomitantes (Scott y cols., 2009); y 2) las limitaciones están influenciadas por factores contextuales (personales y ambientales), distintos de los deterioros específicos de la enfermedad. Por estas razones, la CIF considera las limitaciones en la actividad y la discapacidad como fenómenos que deben ser evaluados intrínsecamente para la persona como un todo en lugar de atribuirlas a un trastorno o deterioro específico.

Evaluación de discapacidad por informe del propio paciente: Cuestionario de evaluación de discapacidad II de la OMS

El WHODAS II es un cuestionario de autoinforme de 36 ítems que evalúa las limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación para adultos durante el mes previo; también hay una versión de 12 ítems (Rehm y cols., 1999). Las versiones tanto de 36 como de 12 ítems evalúan seis roles funcionales diferentes de los adultos: 1) comprensión y comunicación; 2) cuidado de sí mismo; 3) movilidad (caminar); 4) relaciones interpersonales (llevarse bien con otros); 5) roles laborales y domésticos (actividades cotidianas); y 6) roles comunitarios y cívicos (participación). El WHODAS II de 36 ítems tiene seis ítems dentro de cada uno de los seis roles funcionales, mientras que la versión de 12 ítems tiene dos ítems dentro de cada rol funcional.

Como ilustra la Figura 9-3, la evaluación psicométrica inicial del WHODAS II avaló la hipótesis de que cada uno de los seis roles funcionales guardaba una firme correlación con una variante latente subyacente de *discapacidad global.* Usualmente, las puntuaciones del WHODAS II generales, y para cada uno de los roles funcionales, se estiman dividiendo la suma de puntos por la máxima puntuación posible y multiplicando por 100; por lo tanto, las puntuaciones más altas denotan mayor discapacidad.

Ambas versiones del WHODAS están suplementadas por ítems que indagan la cantidad de días del mes previo durante los cuales hubo dificultades con limitaciones en la actividad; la cantidad de días en los que el encuestado fue totalmente incapaz de realizar las actividades habituales; y la cantidad de días en los que el encuestado debió reducir actividades habituales por cualquier cuadro de salud.

El WHODAS II se creó para evaluar dificultades secundarias a trastornos físicos de salud, como enfermedades o lesiones, así como a problemas mentales o emocionales y problemas con el alcohol o las drogas. Al repasar lo que se ha aprendido acerca de las propiedades de medición del WHODAS II, se consideran cuestiones generales de la evaluación de las limitaciones en la actividad y las discapacidades en el nivel personal.

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

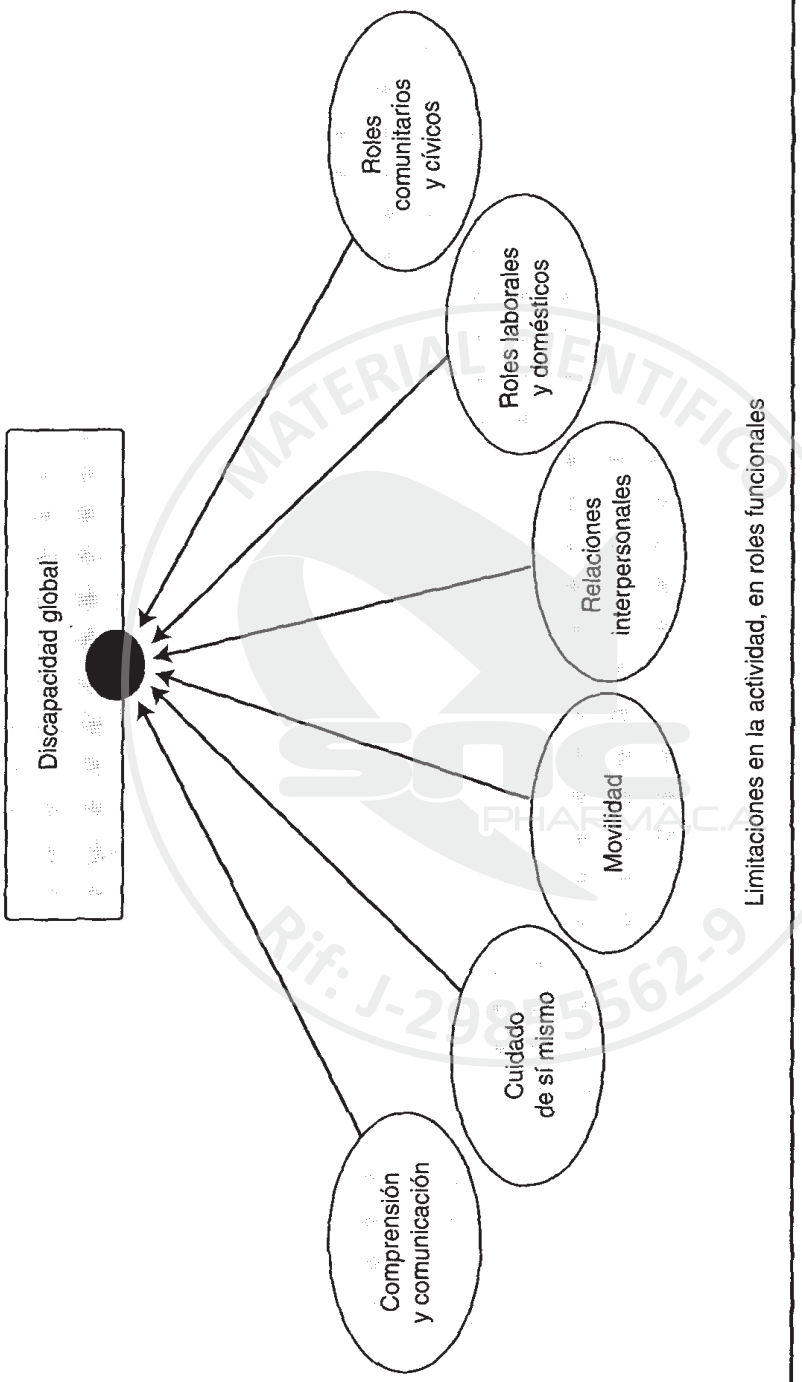


FIGURA 9-3. Discapacidad global y roles funcionales.

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

Discapacidad global

La evaluación psicométrica de los ítems del WHODAS II ha reproducido de manera consistente una observación, hallada generalmente en investigaciones previas, concerniente a la medición de las limitaciones en la actividad con ítems informados por el propio interrogado. Un factor de discapacidad global explica una gran proporción de la varianza de ítems entre dominios de discapacidad en apariencia distintos (p. ej., cuidado de sí mismo, movilidad, interacción social, rol laboral). Rehm y cols. (1999) observaron que una variable latente de discapacidad global explicaba en 50-95% de la varianza de ítems individuales en la versión de 12 ítems del WHODAS II. En un análisis factorial de una gran serie de medidas de funcionamiento psicosocial, incluido el WHODAS II, Ro y Clark (2009) observaron que un factor general explicaba el 65% de la varianza común. En análisis de muestras de la población general de cuatro países, Von Korff y cols. (2008) observaron que las puntuaciones de roles funcionales para una versión modificada del WHODAS II tenían cargas de factores sobre un factor de discapacidad global que promediaba 0,50 para comprensión y comunicación, 0,63 para cuidado de sí mismo, 0,76 para movilidad, 0,49 para relaciones interpersonales y 0,69 para rol laboral y doméstico, en los cuatro países.

El factor de discapacidad global explica dos implicaciones importantes de la varianza común amplia: 1) es posible medir de manera fiable la gravedad de las limitaciones en la actividad con escalas de autoinforme relativamente breves; y 2) aunque se suele afirmar que la discapacidad es multidimensional, se ha observado, en general, que las escalas que miden dominios aparentemente distintos de discapacidad tienen una alta correlación entre sí. Si bien es verdad que el análisis factorial suele extraer múltiples factores, cuando se lo aplica a un conjunto grande de ítems que evalúan limitaciones en la actividad, no ha surgido ningún consenso sobre las dimensiones de base de la discapacidad de décadas de investigación psicométrica sobre evaluación de la discapacidad. Si bien los seis roles funcionales evaluados por el WHODAS II son clínicamente relevantes y se ha observado que muestran diferencias de perfil entre los trastornos, todavía no hay ninguna validación empírica firme de los seis roles funcionales ni coincidencia en que su definición como subdominios de discapacidad global sea la manera más parsimoniosa de describir la varianza del conjunto de ítems del WHODAS II.

Consistencia interna

La investigación halló que –al igual que en muchas otras medidas de discapacidad autoinformadas– la consistencia interna del WHODAS II y de cada una de las subescalas de roles funcionales suele ser alta. En estudios que comunicaron la α de Cronbach para el WHODAS II, la estimación promedio del coeficiente α para la puntuación total del WHODAS II fue de 0,94 (Baron y cols., 2008; Chisolm y cols., 2005; Chwastiak y Von Korff, 2003; McKibbin y cols., 2004; Pösl y cols., 2007; Ro y Clark, 2009). El Cuadro 9-1 presenta los rangos y las medias para los estimados del coeficiente comunicados en estos estudios para cada una de las seis escalas del WHODAS II que miden roles funcionales. Se observó uniformemente que

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

las puntuaciones globales de las escalas de comprensión y comunicación, movilidad, rol laboral/doméstico y rol comunitario/cívico tenían alta consistencia interna. Las puntuaciones de las escalas de cuidado de sí mismo y relaciones interpersonales eran menos fiables, pero alcanzaban niveles aceptables de consistencia interna entre estudios.

Fiabilidad prueba-reprueba

Asimismo, la investigación avaló con firmeza la fiabilidad prueba-reprueba del WHODAS II. McKibbin y cols. (2004) observaron que la correlación intraclase de las puntuaciones del WHODAS II era de 0,89 entre personas mayores con esquizofrenia cuando se las evaluaba en dos ocasiones, con 12 semanas de intervalo. Chopra y cols. (2008) estudiaron a personas con artritis, y Chisolm y cols. (2005) a adultos con hipoacusia adquirida, y ambos grupos también hallaron alta fiabilidad prueba-reprueba para cada una de las subescalas del WHODAS II (véase Cuadro 9-2). Las estimaciones de alta fiabilidad prueba-reprueba no sólo reflejan bien la fiabilidad del WHODAS II y de cada una de las escalas que miden roles funcionales, sino que también sugieren que las puntuaciones del WHODAS II tienden a ser estables a lo largo del tiempo: hasta por 12 semanas entre personas con diversas enfermedades crónicas (esquizofrenia, artritis, hipoacusia adquirida).

Validez concurrente

En la actualidad, hay gran cantidad de bibliografía que evalúa la validez del WHODAS II en un amplio espectro de poblaciones. Al resumir estos resultados, nos referimos a correlaciones del WHODAS II con otras medidas igual de firmes (0,50 o más), moderadas (de 0,40 a 0,49) y modestas (de 0,20 a 0,39). El Cuadro 9-3 resume los resultados de estos estudios. En síntesis, se hallaron correlaciones de moderadas a firmes entre las puntuaciones del WHODAS II y medidas de validación de limitaciones en la actividad, como medidas específicas de la enfermedad, entre personas con artritis (Baron y cols., 2008); depresión y dorsalgia (Chwastiak y Von Korff, 2003); espondilitis anquilosante (van Tubergen y cols., 2003); HIV/sida (Kemmler y cols., 2003); esquizofrenia (Ertugrul y Ulug, 2002; McKibbin y cols., 2004); hipoacusia adquirida (Chisolm y cols., 2005); o esclerosis sistémica (Hudson y cols., 2008a, 2008b), así como entre pacientes en rehabilitación (Pösl y cols., 2007) y en muestras de la población general de diversos países y culturas (Kim y cols., 2005; Von Korff y cols., 2008).

No es particularmente sorprendente que la evaluación de la validez concurrente del WHODAS II, respecto de otras medidas de discapacidad autoinformadas, avale con firmeza su validez. Por lo general, se han observado correlaciones de moderadas a firmes entre diferentes escalas que, en apariencia, miden distintas facetas de limitación en la actividad y discapacidad, porque los ítems de la prueba para diferentes escalas suelen medir la misma variable latente de discapacidad global. La evidencia acumulada, en distintas enfermedades y países, de que el WHODAS II muestra una correlación de moderada a firme con otras medidas de disca-

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

CUADRO 9-1. Resumen de los estudios que estimaron la consistencia interna (α de Cronbach) para las puntuaciones del Cuestionario de Evaluación de la Discapacidad II de la Organización Mundial de la Salud

	Rango	Media
Comprensión y comunicación	0,80-0,87	0,85
Cuidado de sí mismo	0,65-0,92	0,76
Movilidad (caminar)	0,75-0,95	0,87
Relaciones interpersonales (llevarse bien)	0,68-0,86	0,75
Rol laboral y doméstico (actividades cotidianas)	0,91-0,97	0,93
Rol comunitario y civil (participación)	0,77-0,89	0,85
Puntuación global del WHODAS II	0,89-0,96	0,94

Fuente. Baron y cols., 2008; Chisolm y cols., 2005; Chwastiak y Von Korff, 2003; McKibbin y cols., 2004; Pösl y cols., 2007; Ro y Clark, 2009.

pacidad y limitaciones en la actividad ampliamente usadas avala su uso continuado, en particular teniendo en cuenta su base en el marco conceptual de la CIF.

Capacidad de respuesta al cambio

El *tamaño del efecto antes-después* se utiliza ampliamente como medida de capacidad de respuesta al cambio. En comparaciones antes-después, se considera pequeño un tamaño del efecto de 0,20-0,49; moderado, de 0,50-0,70; y grande, de 0,80 o mayor. Por lo general, es más probable observar tamaños del efecto grandes para los cambios de medidas específicas de deterioro que para los cambios de medidas de limitación en la actividad y discapacidad. El Cuadro 9-4 muestra estudios que han estimado la capacidad de respuesta al cambio del WHODAS II, respecto de otras medidas de funcionamiento. Entre pacientes con trauma, depresión y dorsalgia, se observó que las puntuaciones del WHODAS II tenían tamaños del efecto del rango moderado. Entre pacientes con espondilitis anquilosante, hipoacusia adquirida (después del suministro de un audífono) y angustia/agorafobia (después del tratamiento), los tamaños del efecto del WHODAS se encontraban en un rango pequeño. Entre cuatro estudios que compararon el WHODAS II con las subescalas del Formulario Breve-36 (*Short Form-36*, SF-36) que evalúa la discapacidad, el WHODAS II tenía un tamaño del efecto más grande para 13 comparaciones y uno más pequeño para 3 comparaciones. El tamaño del efecto del WHODAS II superó las subescalas del SF-36 en más de 0,10 para 10 de estas comparaciones, mientras que la puntuación de una subescala del SF-36 superó el tamaño del efecto del WHODAS II por más de 0,10 para una comparación.

Los tamaños del efecto del WHODAS II fueron del rango moderado para pacientes de atención primaria deprimidos, pero fueron más pequeños para pacientes tra-

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

CUADRO 9-2. Resumen de los estudios que evaluaron la fiabilidad prueba-reprueba (correlación intraclase) del Cuestionario de Evaluación de la Discapacidad II de la Organización Mundial de la Salud (WHODAS II)

	Artritis	Hipoacusia	
	Intervalo de 1 semana	Intervalo de 2 semanas	Intervalo de 10 semanas
Comprensión y comunicación	0,85	0,85	0,81
Cuidado de sí mismo	0,82	0,91	0,81
Movilidad	0,96	0,91	0,85
Relaciones interpersonales	0,91	0,81	0,71
Rol laboral y doméstico		0,82	0,75
Ámbito laboral	0,96	—	—
Ámbito doméstico	0,91	—	—
Rol comunitario y civil	0,83	0,91	0,87
Puntuación global del WHODAS II	0,96	0,93	0,87

Fuente. Datos de artritis adaptados de Chopra y cols., 2008; datos de hipoacusia adaptados de Chisolm y cols., 2005.

tados por trastornos de ansiedad (0,26 para angustia/agorafobia; 0,13 para fobia social). En este estudio (Perini y col., 2006), las medidas de discapacidad disponibles ("Días fuera del rol" y "Días de reducción") tuvieron tamaños del efecto similares a los del WHODAS II. No se esclareció si los cambios de limitación en la actividad de estos pacientes fueron pequeños o si las medidas de discapacidad disponibles no fueron sensibles a mejorías de la limitación en la actividad. Una escala de gravedad de los síntomas (K-10) tuvo tamaños del efecto ubicados dentro del rango moderado (véase Cuadro 9-4), y la Escala de Ansiedad ante la Interacción Social para fobia social y la Escala Ansiedad, Depresión, Estrés para angustia/agorafobia tuvieron tamaños del efecto que superaron 0,90. Sin embargo, el WHODAS II mostró tamaños del efecto mucho mayores cuando se lo usó para comparar a pacientes que habían mejorado clínicamente con aquellos que no.

Aplicabilidad nacional

Una cantidad considerable de hallazgos de investigación sugiere que las medidas de discapacidad autoinformadas tienen propiedades de rendimiento similares en diversos países e idiomas, incluidos países desarrollados y en desarrollo (Kim y cols., 2005; Scott y cols., 2009; Von Korff y cols., 1996, 2008). Sin embargo, también hay evidencia de que no se pueden aplicar los niveles de discapacidad y límites de discapacidad, a través de países, para comparar niveles de discapacidad o

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

CUADRO 9-3. Resumen de los estudios que evaluaron la validez concurrente del Cuestionario de Evaluación de la Discapacidad II de la Organización Mundial de la Salud (WHODAS II)

Población	Resultados principales	Estudio
Artritis	Correlaciones de moderadas a firmes con actividad de la enfermedad, función específica de la enfermedad y gravedad de la enfermedad valorada por el médico	Baron y cols., 2008
Dorsalgia y depresión	Correlaciones de moderadas a firmes con función específica de la enfermedad (dorsalgia), subescalas de discapacidad del SF-36 y escalas del Cuestionario de Limitación Laboral	Chwastiak y Von Korff, 2003
Espondilitis anquilosante	Correlaciones firmes con escalas de discapacidad del SF-36 y escalas de función específicas de la enfermedad	van Tubergen y cols., 2003
HIV/sida	Correlaciones de moderadas a firmes con escalas de función específicas de la enfermedad	Kemmler y cols., 2003
Esquizofrenia (pacientes mayores)	Correlación de moderadas a firmes con escala de calidad del bienestar; correlación inconsistente y modesta (cuando estaba presente) con síntomas positivos y negativos de esquizofrenia; sin correlación con tareas de juego de roles que simulan función cotidiana ni con déficits cognitivos	McKibbin y cols., 2004
Esquizofrenia	Firme correlación con síntomas positivos y negativos de esquizofrenia; sin correlación con desempeño en pruebas neuropsicológicas de déficit cognitivo	Ertugrul y Ulug, 2002

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

CUADRO 9-3. Resumen de los estudios que evaluaron la validez concurrente del Cuestionario de Evaluación de la Discapacidad II de la Organización Mundial de la Salud (WHODAS II) (*continuación*)

Población	Resultados principales	Estudio
Hipoacusia adquirida	Firme correlación con subescalas del SF-36 que evalúan discapacidad; correlaciones de moderadas a modestas con puntuaciones de gravedad de la hipoacusia	Chisolm y cols., 2005
Esclerosis sistémica	Correlaciones de moderadas a firmes con subescalas del SF-36 que miden discapacidad; correlación moderada con la valoración global del paciente de la gravedad de la enfermedad; firme asociación con medida de función específica de la enfermedad	Hudosn y cols., 2008a, 2008b
Pacientes en rehabilitación (trastornos musculoesqueléticos, enfermedades internas, accidente cerebrovascular, cáncer de mama)	Correlaciones de moderadas a firmes con subescalas del SF-36 que miden discapacidad	Pösl y cols., 2007
Muestra de la población general, *Corea*	Firme correlación con números de enfermedad física, depresión y puntuación del Miniexamen del Estado Mental	Kim y cols., 2005
Muestras de la población general, seis países europeos	Firme correlación con puntuación de la función física del SF-12; correlaciones modestas y variables con las valoraciones de Discapacidad de Sheehan en 17 países desarrollados/en desarrollo (versión modificada del WHODAS II con ítems filtro que causaron problemas de medición)	Von Korff y cols., 2008

Nota. SF = Short Form (Formulario Breve).

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

tasas de prevalencia a través de países (Von Korff y cols., 2008). Esta circunstancia no es privativa de las comparaciones transnacionales de discapacidad; en las comparaciones de tasas de prevalencia de trastornos mentales y deterioro cognitivo a través de países se observa una circunstancia similar.

Limitaciones y desventajas no resueltas

Si bien el WHODAS II parece aportar evaluación fiable y autoinformes válidos de discapacidad, tiene varias limitaciones y desventajas no resueltas:

1. Pese a numerosas décadas de investigación sobre las medidas de discapacidad autoinformadas, persiste la incertidumbre acerca de qué captan y qué omiten estas medidas. No hay ningún patrón de referencia para la evaluación de discapacidad en roles funcionales.
2. Es probable que la fiabilidad y validez del WHODAS II sean mayores para evaluar discapacidad global que para evaluar limitaciones en la actividad en roles funcionales específicos.
3. No hay ninguna manera estándar de incorporar la información acerca de desempleo por problemas de salud o días de limitación en la actividad por problemas de salud en las puntuaciones del WHODAS II. La versión de 36 ítems del WHODAS II incluye una pregunta suplementaria sobre el nivel de empleo, que interroga acerca de la incapacidad de trabajar por problemas de salud. La versión de 12 ítems del WHODAS II incluye preguntas respecto de los días de limitación en la actividad. Sin embargo, estos ítems no están integrados en las puntuaciones de subescalas ni en la puntuación global del WHODAS II.
4. Los pacientes que no pueden aportar información válida en un cuestionario de autoinforme, ya sea autoadministrado o administrado por entrevista, suministrarán datos inválidos con el WHODAS II. Los pacientes en los que los datos de autoinformes pueden ser inválidos son personas con discapacidad madurativa que no comprenden las preguntas, personas con demencia o deterioros cognitivos graves, personas en la fase aguda de trastornos psicóticos y personas que pueden no estar motivadas para aportar información exacta.
5. No se ha esclarecido si las medidas de discapacidad autoinformadas permiten detectar disminuciones del desempeño que podría haber en personas cuyo desempeño premórbido fuera de alto nivel. Se deben elaborar e investigar preguntas de autoinformes que soliciten específicamente a los encuestados que comparen su desempeño actual y pasado en roles laboral/doméstico, relaciones interpersonales y roles comunitarios/cívicos para encarar esta desventaja.

Valoraciones realizadas por el médico

Andrews y cols. (Organización Mundial de la Salud, 2000) desarrollaron una versión *proxy* (sustituta) valorada por el médico del WHODAS II empleando el mismo marco temporal de un mes. Esta versión evalúa los mismos seis roles funcionales, indaga información sobre cuántos días de limitaciones en la actividad

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

CUADRO 9-4. Resumen de los estudios que evaluaron la capacidad de respuesta al cambio (tamaño del efecto) del Cuestionario de Evaluación de la Discapacidad II de la Organización Mundial de la Salud (WHODAS II)

Población	Estimación del tamaño del efecto		Estudio
Pacientes traumatológicos evaluados 7 semanas después de la lesión y 1 año más tarde	WHODAS II	0,65	Soberg y cols., 2007
	SF-36, función física	0,48	
	SF-36, función social	0,45	
	SF-36, rol físico	0,49	
	SF-36, rol emocional	0,28	
Pacientes deprimidos evaluados 2-4 semanas después de la consulta de atención primaria y 3 meses más tarde	WHODAS II	0,60	Chwastiak y Von Korff, 2003
	SF-36, función física	0,43	
	SF-36, función social	0,64	
	SF-36, rol físico	0,53	
	SF-36, rol emocional	0,22	
	Escala de discapacidad por dolor corporal de Roland	0,48	
Pacientes con dorsalgia evaluados 2-4 semanas después de la consulta de atención primaria y 3 meses más tarde	WHODAS II	0,65	Chwastiak y Von Korff, 2003
	SF-36, función física	0,03	
	SF-36, función social	0,81	
	SF-36, rol físico	0,10	
	SF-36, rol emocional	0,66	
Pacientes con fobia social pre- y postratamiento	WHODAS II	0,13	Perini y cols., 2006
	Días fuera del rol	0,13	
	Días de reducción	0,21	
	K-10 (gravedad de los síntomas)	0,69	
Pacientes con angustia ¿pánico?/agorafobia pre- y postratamiento	WHODAS II	0,26	Perini y cols., 2006
	Días fuera del rol	0,26	
	Días de reducción	0,31	
	K-10 (gravedad de los síntomas)	0,53	

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

CUADRO 9-4. Resumen de los estudios que evaluaron la capacidad de respuesta al cambio (tamaño del efecto) del Cuestionario de Evaluación de la Discapacidad II de la Organización Mundial de la Salud (WHODAS II) (*continuación*)

Población	Estimación del tamaño del efecto		Estudio
Pacientes con espondilitis anquilosante evaluados antes y 3 semanas después de tratamiento en un spa	WHODAS II	0,39	van Tubergen y cols., 2003
	SF-36, función física	0,26	
	SF-36, función social	0,32	
	SF-36, rol físico	0,32	
	SF-36, rol emocional	0,13	
	Índice funcional de espondilitis anquilosante de Bath	0,37	
	Índice funcional de Dougados	0,33	
	Cuestionario de evaluación de la salud para espondilitis anquilosante	0,26	
	Índice de calidad de vida para espondilitis anquilosante	0,22	
Pacientes con hipoacusia adquirida evaluados antes y 10 semanas después del suministro de dispositivos de asistencia auditivaaudífonos	WHODAS II	0,20	McArdle y cols., 2005
	Comunicación	0,52	
	Comunicación/rol cívico	0,13	
	Perfil abreviado de beneficio de la asistencia auditiva	2,19	
	Inventario de discapacidad auditiva	0,74	

Nota. SF = Short Form (Formulario Breve).

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

hubo y formula las mismas preguntas respecto de días de limitaciones en la actividad que la versión de 12 ítems. (En el apéndice de este capítulo se presenta una copia de este formulario).

Todavía no se han evaluado la fiabilidad ni la validez de este formulario de valoración por el médico basado en la CIF, pero está sustentado en el marco conceptual de la CIF que diferencia limitaciones en la actividad y discapacidad de síntomas/deterioros. La utilización de este formulario de valoración por el médico en conjunto con la versión de 12 o 36 ítems autoinformada del WHODAS II podría representar un avance sustancial en la evaluación de la discapacidad, tanto en la investigación como en la práctica clínica. Un paso inicial importante para hacer que la versión *proxy* valorada por el médico del WHODAS II sea asequible para estudios de campo e investigación sería crear un programa basado en la web que 1) capacite a los usuarios en los conceptos de base de la evaluación de limitaciones en la actividad; 2) demuestre su uso en varios vídeos de entrevistas con valoraciones transparentes; y 3) suministre viñetas o entrevistas que sean valoradas por quien se está capacitando, con medios para verificar y corregir las valoraciones.

Asimismo, la versión *proxy* valorada por el médico del WHODAS II tampoco permite detectar disminuciones respecto de altos niveles premórbidos de desempeño. Al igual que la versión autoinformada, la valorada por el médico se debe modificar para investigar valoraciones que evalúen específicamente disminuciones del desempeño de este tipo.

Resumen

La investigación existente avala las siguientes conclusiones respecto del WHODAS II:

- Está bien fundamentado en el marco de la CIF y mide la discapacidad global y las limitaciones en la actividad definidas dentro de roles funcionales.
- La consistencia interna y la fiabilidad prueba-reprueba de la puntuación global del WHODAS II son altas, lo que sugiere la posible utilidad para evaluar pacientes individuales y diferencias grupales.
- La consistencia interna de las subescalas del WHODAS II que evalúan roles funcionales también suelen ser altas, pero puede no ser suficiente para avalar la evaluación fiable de pacientes individuales. Las subescalas que evalúan comprensión y comunicación, movilidad, rol laboral y doméstico, y rol comunitario y cívico tienen alta consistencia interna, mientras que las subescalas que evalúan el cuidado de sí mismo y las relaciones interpersonales muestran una consistencia interna algo menor.

Cada vez más investigaciones avalan la validez concurrente del WHODAS II –en comparación con otras medidas de discapacidad muy usadas– en un amplio espectro de muestras de poblaciones de pacientes y población general, y entre diferentes países e idiomas de administración. La evaluación de la capacidad de respuesta al cambio indicó que el WHODAS II tiene un rendimiento por lo menos igual, y quizá mejor, que las subescalas del SF-36 que evalúan discapacidad a tra-

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

vés de un rango amplio de enfermedades crónicas. Sin embargo, en general se observó que las medidas autoinformadas de limitación en la actividad tienen una capacidad de respuesta al cambio no más que moderada en la evaluación de la mejoría de la discapacidad global. Esto se puede deber a que la discapacidad global muestra mejoría menos marcada que los deterioros específicos. Alternativamente, investigaciones futuras pueden desarrollar medidas más sensibles de limitación en la actividad que muestren tamaños del efecto más grandes para detectar cambios de los niveles de discapacidad. Teniendo presente estas salvedades, varios estudios hallaron que el WHODAS II responde tanto al cambio como a medidas funcionales específicas de la enfermedad.

Evaluación clínica de discapacidad: evaluación global del funcionamiento

Una posible estrategia para mejorar la evaluación de la discapacidad podría consistir en utilizar de manera conjunta autoinformes y valoraciones realizadas por el médico de la discapacidad. Este enfoque no sólo aportaría dos perspectivas sobre la discapacidad, sino que también representaría un medio de conocer coincidencias y discrepancias entre las dos evaluaciones y, en última instancia, posibilitaría mejorar la fiabilidad y la validez de ambos tipos de valoraciones. Por ahora, la valoración de discapacidad efectuada por el médico utilizada más ampliamente es la GAF, y aquí repasamos la investigación que ha evaluado la medición de la discapacidad con ese instrumento. La GAF no fue desarrollada dentro del marco de la CIF, no evalúa las limitaciones en la actividad en roles funcionales específicos ni distingue la discapacidad en el nivel personal y las limitaciones en la actividad de deterioros específicos del trastorno.

La GAF es una escala de 100 puntos que mide el funcionamiento psicológico, social y ocupacional. Es evaluada por un profesional de salud mental, y las puntuaciones varían de 1-10 (peligro persistente de dañarse a sí mismo o a un tercero O incapacidad permanente para mantener una higiene personal mínima O acto suicida grave con clara expectativa de muerte) a 91-100 (funcionamiento superior en un amplio espectro de actividades; los problemas cotidianos nunca parecen írsele de las manos; es buscado por otros debido a sus muchas cualidades positivas; ausencia de síntomas) (American Psychiatric Association, 2000).

Introducida por primera vez en 1980 para el DSM-III (American Psychiatric Association, 1980), la GAF fue concebida para medir "el funcionamiento psicológico, social y ocupacional" de los pacientes y reemplazó una "medida simple de funcionamiento adaptativo" previa por una escala de 90 puntos (Goldman y cols., 1997). En 1987, la GAF fue modificada para el DSM-III (American Psychiatric Association, 1987), con la inclusión experimental de nuevas escalas: las escalas de Evaluación de Funcionamiento Social y Ocupacional, Evaluación Global del Funcionamiento Relacional y de Funcionamiento Defensivo (American Psychiatric Association, 2000; Goldman y cols., 1997; Schorre y Vandvik, 2004). En 1994, se modificó la escala de GAF de 0-90 a 0-100, lo que permitió diferenciar a individuos de alto funcionamiento (American Psychiatric Association, 1994).

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

Fiabilidad

La investigación inicial de la GAF halló fiabilidad interevaluador de 0,69 a 0,80 en estudios de campo (Spitzer y Forman, 1979). Estudios de seguimiento independientes observaron coeficientes de fiabilidad interevaluador menos favorables y más variables, que oscilaban entre 0,49 y 0,61 (Fernando y cols., 1986; Goldman y cols., 1997; Mezzich y cols., 1985; Rey y cols., 1988; Russell y cols., 1979). Después de la introducción de los cambios para el DSM-III-R, estudios de fiabilidad más recientes estimaron coeficientes de correlación intraclase entre evaluadores de 0,33-0,96 (Greenberg y Rosenheck, 2005; Hall, 1995; Karterud y cols., 2003; Oliver y cols., 2003; Roy-Byrne y cols., 1996; Söderberg y cols., 2005; Tungström y cols., 2005; Vatnaland y cols., 2007). Esto sugiere que es posible alcanzar una fiabilidad elevada, pero que las diferencias de capacitación y desempeño de los evaluadores pueden tener una importancia crucial para alcanzar dichos niveles de fiabilidad altos.

De hecho, la investigación mostró que la capacitación y el desempeño de un evaluador son fundamentales para la fiabilidad de los resultados de la GAF (Bodlund y cols., 1994; Jones y cols., 1995; Loevdahl y Friis, 1996; Oliver y cols., 2003; Pedersen y cols., 2007; Piersma y Boes, 1997; Roy-Byrne y cols., 1996; Schorre y Vandvik, 2004; Söderberg y cols., 2005; Vatnaland y cols., 2007). Los evaluadores menos interesados en el funcionamiento clínico, relevante para decisiones clínicas, pueden efectuar valoraciones más realistas, como mostraron Piersma y Boes (1997) y Roy-Byrne y cols. (1996). Estudios realizados por Schorre y Vandvik (2004), Vatnaland y cols. (2007), Pederson y cols. (2007) y Loevdahl y Friis (1996) hallaron una fiabilidad más alta en los evaluadores con mayor experiencia o capacitación. La actitud y la motivación de un evaluador también puede incidir en la fiabilidad (Söderberg y cols., 2005). Por ejemplo, Vatnaland y cols. (2007) observaron que la GAF no era fiable en situaciones clínicas, pero que era altamente fiable cuando la empleaban investigadores. Asimismo, se halló mayor precisión cuando aumentaba la cantidad de evaluadores, y dos evaluadores determinaban la evaluación óptima (Pedersen y cols., 2007).

Validez

Varios estudios han demostrado que la GAF se correlaciona estrechamente con los niveles de síntomas, pero otros también han hallado que la GAF se correlaciona mejor con niveles de síntomas que de discapacidad (Moos y cols., 2002; Niv y cols., 2007, Pedersen y cols., 2007; Roy-Byrne y cols., 1996; Tungström y cols., 2005). Si bien la investigación también demostró una estrecha asociación entre las puntuaciones de la GAF y la evolución clínica (Fowler y cols., 2004; Greenberg y Rosenheck, 2005; Hay y cols., 2003; Karterud y cols., 2003; Moos y cols., 2002; Niv y cols., 2007; Roy-Byrne y cols., 1996; Tungström y cols., 2005), persiste el interrogante sobre si esto se debe más a la asociación con niveles de síntomas o a los resultados de la discapacidad. Patterson y Lee (1995) observaron que seis variables predictivas eran responsables del 52% de la variación de las puntuaciones de la GAF. De estas, el acceso al transporte y la capacidad de usarlo era la mejor variable predictiva, y las puntuaciones de la GAF eran independientes de los trastornos del Eje I o II de los pacientes.

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

En cambio, Karterud y cols. (2003), en un estudio noruego de pacientes con trastorno de angustia (*panic disorder*), hallaron que los pacientes tenían puntuaciones de la GAF más bajas que los sujetos control y puntuaciones de la GAF más altas que los pacientes con tendencias esquizotípicas o esquizoides. Moos y cols. (2002) observaron que los diagnósticos y los síntomas clínicos eran variables predictivas más firmes de funcionamiento global que el funcionamiento social u ocupacional. Este grupo también comunicó que el único factor social u ocupacional que predecía de manera independiente el funcionamiento global era el nivel de empleo, que representaba menos del 1% de la varianza.

Greenberg y Rosenheck (2005) observaron que los veteranos de guerra con esquizofrenia, enfermedad de Alzheimer, abuso/dependencia de drogas, trastornos de la personalidad y trastorno por estrés postraumático tenían puntuaciones más bajas de la GAF que los sujetos control, pero este estudio no evaluó en qué grado esto era explicado por la mayor discapacidad de las poblaciones de pacientes. Tungström y cols. (2005), en un estudio sueco, comunicaron que el 17% de la varianza de las puntuaciones de la GAF se debía a diferencias diagnósticas del Eje I del DSM. Si bien se examinaron específicamente pocos trastornos individuales, se observó que la GAF no es válida en pacientes pediátricos con trastornos de aprendizaje (Oliver y cols., 2003) y en adultos con esquizofrenia durante la psicosis aguda (Tungström y cols., 2005). Globalmente, la bibliografía existente indica que, en lugar de ser un puro reflejo de la discapacidad y las limitaciones en las actividadades sociales y ocupacionales, la escala de GAF es influenciada por la gravedad y el carácter del trastorno mental de un paciente. De hecho, los soportes para las valoraciones de la GAF sugieren considerar la psicopatología, junto con los niveles de discapacidad, al efectuar estas valoraciones.

Resumen

La investigación de la GAF sugiere que las valoraciones del médico representan un enfoque potencialmente fiable y válido para evaluar las limitaciones en la actividad y la discapacidad. Sin embargo, para que las valoraciones del médico de la discapacidad sean fiables y válidas, el formulario de valoración y las instrucciones de sostén deben ser estructuradas y diferenciar con claridad las limitaciones en la actividad de los síntomas psiquiátricos (algo que la GAF no hace). Además, se necesitaría un medio práctico de capacitar a evaluadores para aumentar la fiabilidad interevaluador de las valoraciones de discapacidad realizadas por los médicos. También podría ser útil prestar una atención continuada a la calibración y la motivación de los médicos capacitados para efectuar valoraciones estructuradas de la discapacidad.

Enfoques prácticos para mejorar la evaluación de la discapacidad

Sobre la base de nuestra revisión, recomendamos los siguientes pasos para mejorar la evaluación de la discapacidad en la práctica clínica y la investigación:

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

1. Se deben desarrollar métodos de evaluación de las limitaciones en la actividad y la discapacidad dentro del marco de la CIF. Específicamente, los métodos deben evaluar las limitaciones en la actividad y la discapacidad, no los deterioros (incluidos los síntomas psiquiátricos).
2. El desarrollo de mejores métodos para evaluar la discapacidad y las limitaciones en la actividad se debe efectuar a partir del extenso trabajo metodológico ya completado para el WHODAS II, que ha establecido su fiabilidad, validez y capacidad de respuesta al cambio en la evaluación de un amplio espectro de trastornos y su utilidad en diversos países e idiomas.
3. Dadas las limitaciones de las evaluaciones tanto autoinformadas como valoradas por el médico, se deben utilizar en conjunto las versiones autoinformada y *proxy* valorada por el médico del WHODAS II tanto en la práctica clínica como en la investigación.
4. El WHODAS II se debe aumentar con ítems que determinen si un paciente es incapaz de trabajar debido a problemas de salud. Se deben conservar los ítems existentes que evalúan los días de limitación en la actividad durante el mes previo. Esta información se podría incorporar a la puntuación de WHODAS II.
5. Tanto la versión autoinformada como la versión *proxy* valorada por el médico se deben mejorar con ítems creados para evaluar la disminución del funcionamiento respecto de altos niveles previos de desempeño.
6. Se deben publicar datos normativos específicos de países para el WHODAS II de los estudios disponibles de la Organización Mundial de la Salud, incluidas puntuaciones medias, desviaciones estándares y puntuaciones del WHODAS II en percentiles clave de las distribuciones poblacionales (p. ej., percentiles cinco, diez, quince, veinticinco, cincuenta, setenta y cinco, ochenta y cinco, y noventa y cinco). A medida que se conozcan datos de distribución de las versiones valoradas por el médico del WHODAS II, éstas también se deben publicar.

En conclusión, el desarrollo del marco de la CIF y el extenso trabajo para elaborar e investigar el WHODAS II en la evaluación de la discapacidad, dentro del marco de la CIF, aporta una base sólida para el futuro desarrollo de métodos breves, fiables y válidos de evaluación de las limitaciones en la actividad, en la práctica clínica y la investigación. Utilizando en conjunto versiones autoinformadas y *proxy* valoradas por el médico de este instrumento, es probable que se puedan efectuar avances significativos en la evaluación de las limitaciones en la actividad y la discapacidad.

Bibliografía

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3ª ed. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1980

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3ª ed., revisada. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1987

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4ª ed. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4ª ed., texto revisado. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

Baron M, Schier O, Hudson M, et al: The clinimetric properties of the World Health Organization Disability Assessment Schedule II in early inflammatory arthritis. Arthritis Rheum 59:382–390, 2008

Bodlund O, Kullgren G, Ekselius L, et al: Axis V–Global assessment of functioning scale: evaluation of a self-report version. Acta Psychiatr Scand 90:342–347, 1994

Chisolm TH, Abrams HB, McArdle R, et al: The WHO-DAS II: psychometric properties in the measurement of functional health status in adults with acquired hearing loss. Trends Amplif 9:111–126, 2005

Chopra P, Herrman H, Kennedy G: Comparison of disability and quality of life measures in patients with long-term psychotic disorders and patients with multiple sclerosis: an application of the WHO Disability Assessment Schedule II and WHO Quality of Life-BREF. Int J Rehabil Res 31:141–149, 2008

Chwastiak LA, Von Korff M: Disability in depression and back pain: evaluation of the World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHO DAS II) in a primary care setting. J Clin Epidemiol 56:507–514, 2003

Ertugrul A, Ulug B: The influence of neurocognitive deficits and symptoms on disability in schizophrenia. Acta Psychiatr Scand 105:196–201, 2002

Fernando T, Mellsop G, Nelson K, et al: The reliability of axis V of DSM-III. Am J Psychiatry 143:752–755, 1986

Fowler JC, Ackerman SJ, Speanburg S, et al: Personality and symptom change in treatment-refractory inpatients: evaluation of the phase model of change using Rorschach, TAT, and DSM-IV Axis V. J Pers Assess 83:306–322, 2004

Goldman HH, Skodol AE, Lave TR: Revising Axis V for DSM-IV: a review of measures of social functioning. En: DSM-IV Sourcebook. Editado por Widiger TA, Frances AJ, Pincus HA, et al. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1997, pp 439–459

Greenberg GA, Rosenheck RA: Using the GAF as a national mental health outcome measure in the Department of Veterans Affairs. Psychiatr Serv 56:420–426, 2005

Hall RC: Global assessment of functioning: a modified scale. Psychosomatics 36:267–275, 1995

Hay P, Katsikitis M, Begg J, et al: A two-year follow-up study and prospective evaluation of the DSM-IV axis V. Psychiatr Serv 54:1028–1030, 2003

Hudson M, Steele R, Taillefer S: Quality of life in systemic sclerosis: psychometric properties of the World Health Organization Disability Assessment Schedule II. Arthritis Rheum 59:270–278, 2008a

Hudson M, Thombs BD, Steele R, et al: Clinical correlates of quality of life in systemic sclerosis measured with the World Health Organization Disability Assessment Schedule II. Arthritis Rheum 59:279–284, 2008b

Jones SH, Thornicroft G, Coffey M, et al: A brief mental health outcome scale: reliability and validity of the Global Assessment of Functioning (GAF). Br J Psychiatry 166:654–659, 1995

Karterud S, Pedersen G, Bjordal E, et al: Day treatment of patients with personality disorders: experiences from a Norwegian treatment research network. J Pers Disord 17:243–262, 2003

Kemmler G, Schmied B, Shetty-Lee A, et al: Quality of life of HIV-infected patients: psychometric properties and validation of the German version of the HQOL-HIV. Qual Life Res 12:1037–1050, 2003

Kim JM, Stewart R, Glozier N, et al: Physical health, depression and cognitive function as correlates of disability in an older Korean population. Int J Geriatr Psychiatry 20:160–167, 2005

Loevdahl H, Friis S: Routine evaluation of mental health: reliable information or worthless "guesstimates"? Acta Psychiatr Scand 93:125–128, 1996

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

McArdle R, Chisolm TH, Abrams HB, et al: The WHO-DAS II: measuring outcomes of hearing aid intervention for adults. Trends Amplif 9:127–143, 2005
McKibbin C, Patterson TL, Jeste DV: Assessing disability in older patients with schizophrenia: results from the WHODAS-II. J Nerv Ment Dis 192:405–413, 2004
Mezzich AC, Mezzich JE, Coffman GA: Reliability of DSM-III vs. DSM-II in child psychopathology. J Am Acad Child Psychiatry 24:273–280, 1985
Moos RH, Nichol AC, Moos BS: Global Assessment of Functioning ratings and the allocation and outcomes of mental health services. Psychiatr Serv 53:730–737, 2002
Niv N, Cohen AN, Sullivan G, et al: The MIRECC version of the Global Assessment of Functioning scale: reliability and validity. Psychiatr Serv 58:529–535, 2007
Oliver P, Cooray S, Tyrer P, et al: Use of the Global Assessment of Function scale in learning disability. Br J Psychiatry Supl. 44:S32–S35, 2003
Patterson DA, Lee MS: Field trial of the Global Assessment of Functioning Scale-Modified. Am J Psychiatry 152:1386–1388, 1995
Pedersen G, Hagtvet KA, Karterud S: Generalizability studies of the Global Assessment of Functioning–Split version. Compr Psychiatry 48:88–94, 2007
Perini SJ, Slade T, Andrews G: Generic effectiveness measures: sensitivity to symptom change in anxiety disorders. J Affect Disord 90:123–130, 2006
Piersma HL, Boes JL: The GAF and psychiatric outcome: a descriptive report. Community Ment Health J 33:35–41, 1997
Pösl M, Cieza A, Stucki G: Psychometric properties of the WHODAS II in rehabilitation patients. Qual Life Res 16:1521–1531, 2007
Rehm J, Ustun TB, Saxena S, et al: On the development and psychometric testing of the WHO screening instrument to assess disablement in the general population. Int J Methods Psychiatr Res 8:110–122, 1999
Rey JM, Stewart GW, Plapp JM, et al: Validity of Axis V of DSM-III and other measures of adaptive functioning. Acta Psychiatr Scand 77:535–542, 1988
Ro E, Clark LA: Psychosocial functioning in the context of diagnosis: assessment and theoretical issues. Psychol Assess 21:313–324, 2009
Roy-Byrne P, Dagadakis C, Unutzer J, et al: Evidence for limited validity of the revised global assessment of functioning scale. Psychiatr Serv 47:864–866, 1996
Russell AT, Cantwell DP, Mattison R, et al: A comparison of DSM-II and DSMIII in the diagnosis of childhood psychiatric disorders, III: multiaxial features. Arch Gen Psychiatry 36:1223–1226, 1979
Schorre BE, Vandvik IH: Global assessment of psychosocial functioning in child and adolescent psychiatry: a review of three unidimensional scales (CGAS, GAF, GAPD). Eur Child Adolesc Psychiatry 13:273–286, 2004
Scott KM, Von Korff M, Alonso J, et al: Mental-physical co-morbidity and its relationship with disability: results from the World Mental Health Surveys. Psychol Med 39:33–43, 2009
Soberg HL, Bautz-Holter E, Roise O, et al: Long-term multidimensional functional consequences of severe multiple injuries two years after trauma: a prospective longitudinal cohort study. J Trauma 62:461–470, 2007
Söderberg P, Tungström S, Armelius BA: Reliability of global assessment of functioning ratings made by clinical psychiatric staff. Psychiatr Serv 56:434–438, 2005
Spitzer RL, Forman JB: DSM-III field trials, II: initial experience with the multiaxial system. Am J Psychiatry 136:818–820, 1979
Startup M, Jackson MC, Bendix S: The concurrent validity of the Global Assessment of Functioning (GAF). Br J Clin Psychol 41:417–422, 2002
Tungström S, Söderberg P, Armelius BA: Relationship between the Global Assessment of Functioning and other DSM axes in routine clinical work. Psychiatr Serv 56:439–443, 2005

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

van Tubergen A, Landewe R, Heuft-Dorenbosch L, et al: Assessment of disability with the World Health Organization Disability Assessment Schedule II in patients with ankylosing spondylitis. Ann Rheum Dis 62:140–145, 2003

Vatnaland T, Vatnaland J, Friis S, et al: Are GAF scores reliable in routine clinical use? Acta Psychiatr Scand 115:326–330, 2007

Von Korff M, Ustun TB, Ormel J, et al: Self-report disability in an international primary care study of psychological illness. J Clin Epidemiol 49:297–303, 1996

Von Korff M, Crane PK, Alonso J, et al: Modified WHODAS-II provides valid measure of global disability but filter items increased skewness. J Clin Epidemiol 61:1132–1143, 2008

World Health Organization: WHO DAS II Disability Assessment Schedule Training Manual: A Guide to Administration. Geneva, World Health Organization, 2000

World Health Organization: International Classification of Functioning, Disability and Health. Geneva, World Health Organization, 2001. Disponible en: http://www.who.int/classifications/icf/en/. Consultado el 13 de julio de 2009

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

APÉNDICE: VERSIÓN *PROXY* (SUSTITUTA) VALORADA POR EL MÉDICO DEL CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE LA DISCAPACIDAD II DE LA OMS

Cuestionario de Evaluación de la Discapacidad II de la Organización Mundial de la Salud

Estudios de campo de fase 2 – Investigación de Servicios de Salud
Versión *proxy* valorada por el médico de 6 ítems

Para uso oficial exclusivamente:

_____ - _____ - _____
Centro # Sujeto # Hora #

____/____/____
Día / Mes / Año

Pob:
☐ Gen
☐ Dr
☐ Alc
☐ Sm
☐ Fís
☐ Otra

Residencia:
☐ Independiente
☐ Asistida
☐ Hospitalizado

Este cuestionario interroga sobre dificultades secundarias a cuadros de salud. Los cuadros de salud comprenden enfermedades, otros problemas de salud que pueden ser de corta o larga evolución, lesiones, problemas mentales o emocionales y problemas relacionados con alcohol o drogas.

H1	¿Cómo califica la salud global de su paciente en los últimos 30 días?	Muy buena	Buena	Moderada	Mala	Muy mala
En los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad tuvo su paciente para...?						
CS1	Comprender y comunicarse • Concentrarse y recordar • Hallar soluciones a problemas • Aprender algo nuevo • Comprensión y comunicación general con la gente	Ninguna	Leve	Moderada	Grave	Extrema/No pudo realizarlo
CS2	Moverse • Permanecer de pie durante períodos prolongados • Levantarse tras estar sentado • Caminar dentro del hogar • Salir del hogar • Dificultad para caminar una larga distancia, por ejemplo un kilómetro	Ninguna	Leve	Moderada	Grave	Extrema/No pudo realizarlo
CS3	Cuidado de sí mismo • Lavarse todo el cuerpo • Vestirse • Comer • Permanecer solo por unos pocos días	Ninguna	Leve	Moderada	Grave	Extrema/No pudo realizarlo
CS4	Llevarse bien con la gente • Tratar con gente extraña • Mantener una amistad • Llevarse bien con personas cercanas • Controlar los sentimientos	Ninguna	Leve	Moderada	Grave	Extrema/No pudo realizarlo
CS5	Actividades domésticas o laborales o escolares • Realizar estas actividades • Realizar bien estas actividades • Realizarlas con la rapidez necesaria	Ninguna	Leve	Moderada	Grave	Extrema/No pudo realizarlo

Por favor, continúe en la siguiente página...

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

En los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad tuvo su paciente para...?						
CS6	Participación en la sociedad • Problemas creados por el mundo y otra gente • Discriminación • Problemas para vivir con dignidad • Comprensión y comunicación general con la gente • Problemas para unirse a actividades comunitarias	Ninguna	Leve	Moderada	Grave	Extrema/No pudo realizarlo

H2	Globalmente, ¿cuánto interfirieron todas estas dificultades en la vida de su paciente?	Ninguna	Leve	Moderada	Grave	Extrema-damente
H3	Globalmente, en los últimos 30 días, ¿cuántos días estuvieron presentes estas dificultades?	REGISTRE CANTIDAD DE DÍAS —/—				
H4	En los últimos 30 días, ¿durante cuántos días su paciente fue totalmente incapaz de llevar a cabo sus actividades habituales o trabajar debido a cualquier cuadro de salud?	REGISTRE CANTIDAD DE DÍAS —/—				
H5	En los últimos 30 días, sin contar los días de incapacidad total, ¿durante cuántos días su paciente redujo sus actividades habituales o trabajo debido a cualquier cuadro de salud?	REGISTRE CANTIDAD DE DÍAS —/—				
H6	En los últimos 30 días, ¿cuántos días ha visto a su paciente o ha hablado con él?	REGISTRE CANTIDAD DE DÍAS —/—				

Esto completa el cuestionario. Gracias.

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

CAPÍTULO 10

MEDICIÓN DE LA DISCAPACIDAD EN TRASTORNOS FÍSICOS, MENTALES Y COGNITIVOS

Martin Prince, M.D.
Nick Glozier, Ph.D.
Renata Sousa, Ph.D.
Michael Dewey, Ph.D.

La medición de la discapacidad es importante para la investigación poblacional y de los servicios de salud. La descripción de los estados de salud –en el nivel de diagnósticos, deterioros y gravedad de síntomas– no puede capturar la repercusión de la enfermedad en un nivel individual y social, gran parte de la cual depende bastante del contexto. En la investigación poblacional, se pueden utilizar medidas de discapacidad para rastrear la salud de una población a lo largo del tiempo, comparar la salud relativa de diferentes poblaciones o subgrupos y, como un índi-

La investigación 10/66 del Grupo de Investigación sobre Demencia fue subvencionada por el Wellcome Trust Health Consequences of Population Change Program (Programa Consecuencias para la Salud del Cambio de la Población del Wellcome Trust) (fase de prevalencia GRO66133 en Cuba y Brasil; fase de incidencia en Perú, México, Argentina, Cuba, República Dominicana, Venezuela y China), la Organización Mundial de la Salud (India, República Dominicana y China), la United States Alzheimer's Association (Asociación de Alzheimer de los Estados Unidos) (IIRG 04 1286 Perú, México y Argentina) y FONACIT/CDCH/UCV (Venezuela). Los investigadores principales de los centros 10/66 son los siguientes: Profesor Juan Libre Rodríguez (Cuba), Dra. Daisy Acosta (República Dominicana), Dra. Mariella Guerra (Perú), Dr. Aquiles Salas (Venezuela), Dra. Ana Luisa Sosa (México), Dr. Joseph Williams (Chennai, India), Profesor K.S. Jacob (Vallore, India) y Profesor Yuequin Huang (China). La Fundación Rockefeller auspició nuestra reunión de difusión en su Bellagio Center. Akzheimer Disease International ha brindado subsidios para interconexiones e infraestructura. El Dr. Nick Glozier fue subsidiado mediante una beca de nivel de ingreso del Wellcome Trust cuando llevó a cabo el estudio sobre el grado de respuesta.

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

ce de repercusión de la enfermedad, para determinar la asignación de los recursos finitos de atención médica entre distintos tipos de trastornos. Como consecuencia de las transiciones demográficas y de salud, la incidencia y la prevalencia de enfermedades crónicas está aumentando en todas las regiones del mundo (Fuster y y Voûte, 2005). El Informe de Carga Global de Morbilidad (*Global Burden of Disease*; GBD) utiliza la discapacidad, junto con la mortalidad, como indicadores gemelos de la carga relativa de diferentes enfermedades e indica que los años vividos con discapacidad contribuyen de manera significativa a la carga global de morbilidad en un grado cada vez mayor en países tanto de bajos y medianos como de altos ingresos (Murray y López, 1996; Organización Mundial de la Salud, 2006). En la investigación de servicios de salud, incluidos estudios controlados aleatorizados, la discapacidad y la calidad de vida se incluyen de manera sistemática como variables comunicadas por el paciente. En principio, las medidas de discapacidad genéricas pueden capturar los efectos de la comorbilidad (particularmente importante en personas mayores) y pueden posibilitar comparaciones significativas, tanto de la gravedad de la discapacidad entre diferentes trastornos físicos, mentales y cognitivos como de la eficacia relativa de las intervenciones aplicadas en estos trastornos.

Un avance conceptual importante en esta área fue la formulación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de las consecuencias de las enfermedades, la *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de los Hándicaps* (CIFDH; Organización Mundial de la Salud, 1980), revisada ahora como *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud* (CIF; Organización Mundial de la Salud, 2001). La CIF define *discapacidad* como "los factores negativos de la interacción entre un individuo (con una enfermedad) y los factores contextuales de ese individuo (factores personales y ambientales)". Las interacciones comprenden deterioros (que afectan el cuerpo), limitaciones en la actividad (que afectan las acciones o la conducta) y las restricciones en la participación (que afectan la experiencia de vida). La estructura y el contexto de CIFDH/CIF se reflejan en numerosos instrumentos de discapacidad, en cuanto a que evalúan la consecuencia de la enfermedad en uno o, en algunos casos, varios de estos niveles. Los diferentes enfoques son los siguientes:

- *Autoidentificación como discapacitado.* Esto se utiliza ampliamente en consensos y encuestas nacionales, e implica variaciones a la pregunta "¿Tiene usted una discapacidad limitante?". Este enfoque tiende a determinar la prevalencia más baja en las encuestas, y se considera que se asocia con considerable subcomunicación, sobre todo en países de bajos y medianos ingresos (Mont, 2007a). El término *discapacidad* puede no ser comprendido en forma amplia o se puede considerar que sólo concierne a limitación grave. A menudo, el término está estigmatizado, en particular con respecto a discapacidades asociadas con trastorno mental. Además, en numerosos países desarrollados, el término se aplica a los que reciben ciertos beneficios sociales, cuya elegibilidad y captación están sujetas a innumerables factores políticos y económicos (Organisation for Economic Co-operation and Development [Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos], 2003). Por último, hay un firme elemento normativo acerca de este tipo de evaluación, porque el agente comparativo (qué constituye discapacidad y ausencia de discapacidad) tenderá a variar entre los individuos de acuerdo con, por ejemplo, la edad, la educación y la cultura (Mont, 2007a).

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

- *Lista de diagnósticos de enfermedades crónicas o de deterioros comunes.* La principal limitación de este enfoque es que la mayoría de los diagnósticos no se relacionan de ninguna manera lineal ni predecible con discapacidad y dependencia. Uno de los puntos débiles del enfoque GBD, reconocido por sus autores, es que los niveles de discapacidad habitualmente asociados con enfermedades particulares se estimaron en un ejercicio de consenso que involucró a clínicos y a otros informantes (Murray y López, 1996). Además, el informe de diagnósticos por el propio paciente exige estar al tanto del problema, lo que puede depender del acceso a la atención médica; por lo tanto, la subcomunicación será un problema, sobre todo en países de ingresos bajos y medios (Mont, 2007b). Por ejemplo, el deterioro autoinformado de la función respiratoria, visual o de los miembros se puede deber a diversos diagnósticos, y es menos probable que el informe por el propio paciente esté sesgado por el conocimiento del trastorno. La cantidad de sistemas orgánicos deteriorados es un enfoque simple y parsimonioso para valorar la gravedad global de la enfermedad (Burvill y cols., 1990; Lindesay, 1990) que ha mostrado una alta correlación con discapacidad (Burvill y cols., 1990) y hándicaps, y media totalmente las asociaciones entre número de diagnósticos y estos resultados (Harwood y cols., 1998).
- *Evaluaciones de actividades de la vida cotidiana (AVC).* Estas comprenden autoinformes de dificultades para llevar a cabo tareas esenciales para la vida diaria y, por lo general, incluyen el autocuidado (lavarse, comer, vestirse, arreglo personal), movilidad y, a veces, interacciones sociales (conversar o relacionarse con otros). Muchas de estas medidas tienen propiedades de escala jerárquica convenientes (Prince, 1998). En cambio, las medidas de la AVC tienden a estar sesgadas hacia la detección de consecuencias de los trastornos físicos y pueden no detectar grados leves de discapacidad. Estas limitaciones se pueden encarar incluyendo AVC instrumentales, actividades de nivel superior más complejas, como ir de compras o manejar los recursos financieros. Sin embargo, es probable que las AVC instrumentales, mucho más que las AVC, sean dependientes desde los puntos de vista contextual y cultural.
- *Enfermedad.* Algunas medidas genéricas combinan ítems que evalúan síntomas, deterioros, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación en escalas compuestas. Un ejemplo es la Health of the Nation Outcomes Scales (Escalas de Resultados de Salud de la Nación), una evaluación de resultados de salud mental exigida usada por prestadores de servicios del Reino Unido, Australia y Nueva Zelanda (Wing y cols., 1996). Comprende síntomas (problemas de alucinaciones, ideas delirantes y estado de ánimo deprimido), comportamientos (agresión, daño autoinfligido deliberado, consumo de alcohol y sustancias), limitaciones en la actividad (problemas con AVC, ocupación y actividades) e, incluso, problemas con condiciones de vida entre sus 12 ítems, con cuatro subescalas. La condición de esta medida como medida unidimensional es dudosa, la consistencia interna es modesta y estudios de análisis factorial identificaron hasta cinco dimensiones (Pirkis y cols., 2005). No se demostró de manera convincente el grado de respuesta al cambio (Pirkis y cols., 2005); quizá sea mejor considerar que esta medida suministra un perfil de enfermedad en dominios relevantes.

  La medida genérica de enfermedad mejor establecida y utilizada más ampliamente, el Medical Outcome Study 36-item Short Form Health Survey (SF-36, Estudio de Resultados Médicos de la Encuesta de Salud del Formulario Breve de 36 ítems), consiste en la evaluación de síntomas y deterioros (dolor, depresión y ansiedad), salud general, limitaciones en la actividad física (levantarse, inclinarse, trepar, caminar), limitaciones de roles y restricciones en la participación (interferencia con actividades sociales) (McHorney y cols., 1993, 1994; Ware y Sherbourne, 1992). De todos modos, las puntuaciones de estos ítems no se combinan en una puntuación abreviada. El análisis psicométrico cuidadoso permitió identificar ocho dominios de subescalas (función física, rol físico, dolor corporal, percepciones sobre la salud general, vitalidad, función social, rol emocional y

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

salud mental). Luego, los creadores de la escala propusieron puntuaciones abreviadas del componente mental (PACM) y del componente físico (PACF) derivadas del análisis factorial con rotación ortogonal (Ware y cols., 1994). Si bien no hay duda de que el SF-36 puede capturar los efectos del trastorno mental sobre el funcionamiento (Creed y cols., 2002; Wells y cols., 1989), su estructura no permite comparar estos efectos con los de enfermedades físicas en una métrica aislada. Además, la rotación ortogonal usada para derivar la PACF y la PACM mostró, en forma empírica, sesgar la estimación del deterioro físico en aquellos con deterioro de la salud mental, y viceversa; una muestra de pacientes de atención primaria tratados por depresión presentó mejores PACF que la población general, pese al deterioro de dominios del funcionamiento físico que se cargaron en la PACF, y las mejorías en estos dominios después del tratamiento no se reflejaron en cambios concomitantes de la PACF (Simon y cols., 1998).

En resumen, la base conceptual de la mayoría de los instrumentos genéricos de discapacidad es bastante débil. Muchos de estos instrumentos se derivaron empíricamente, con selección de ítems a partir de conjuntos de ítems mucho más grandes que se basan, en gran medida, en criterios psicométricos. Sólo en forma reciente, las clasificaciones de la OMS comenzaron a ejercer una influencia franca sobre el desarrollo de instrumentos (Harwood y Ebrahim, 1995). Todavía no se ha alcanzado el "santo grial" de una medida simple con una métrica universal, capaz de evaluar la gravedad de la discapacidad entre diferentes regiones, culturas y enfermedades. Estas consideraciones se tuvieron en cuenta en el desarrollo de un nuevo instrumento de autoinforme, el Cuestionario de Evaluación de la Discapacidad II de la Organización Mundial de la Salud (*WHO Disability Assessment Schedule II*, WHODAS II), efectuado en paralelo con la revisión de la clasificación CIFDH. Se prestó igual atención a la base conceptual del instrumento (para que fuera compatible tanto con la CIFDH como con la CIF) como a su robustez psicométrica. El WHODAS II considera cinco dominios de limitación en la actividad: comprensión/comunicación, caminar (movilidad), cuidado de sí mismo, relación con la gente (interacción interpersonal) y actividades cotidianas. Un sexto dominio, participación en la sociedad, evalúa aspectos sociales más amplios de la discapacidad. Un objetivo clave es identificar las consecuencias de cualquier tipo de enfermedad que repercuta sobre el funcionamiento cotidiano y tratar todos los trastornos por igual al determinar el nivel de funcionamiento (Chopra y cols., 2004). La investigación psicométrica del WHODAS II (www.who.int/icidh/whodas) fue rigurosa. Se investigó una versión preliminar inicial (89 ítems) en estudios de campo de 21 centros y 19 países, en parte para garantizar su aplicabilidad transcultural. Sobre la base de análisis psicométricos y nuevos estudios de campo a principios de 1999, la medida se acortó a 36 ítems, y se elaboró un cuestionario de 12 ítems para detección sistemática (Rehm y cols., 2000).

Se exploraron las propiedades psicométricas del WHODAS II en diferentes poblaciones clínicas, incluidas aquellas con artritis inflamatoria (Baron y cols., 2008), dorsalgia (Chwastiak y Von Korff, 2003), espondilitis anquilosante (van Tubergen y cols., 2003), esclerosis sistémica (Hudson y cols., 2008), hipoacusia adquirida (Chisolm y cols., 2005), psicosis (Chopra y cols., 2004; McKibbin y cols., 2004) y depresión (Chwastiak y Von Korff, 2003), así como entre usuarios de servicios de salud mental (Chávez y cols., 2005) y personas sometidas a rehabilitación por diversos trastornos crónicos (Pösl y cols., 2007). El WODAS II tuvo buen

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

rendimiento en todos estos contextos, con alta consistencia interna, fiabilidad prueba-reprueba de moderada a buena y buena validez concurrente contra indicadores de gravedad de la enfermedad y evaluaciones de discapacidad específicas de la enfermedad y otras genéricas. El sitio web de la OMS comunica una clara estructura unidimensional del WHODAS II, con cargas muy altas de las puntuaciones de los seis dominios sobre la variable latente discapacidad global (www.who.int/icidh/whodas). En apariencia, la versión de "detección sistemática" más breve de 12 ítems del WHODAS II se ha utilizado poco hasta la fecha (Andrews y cols., 2010; Norton y cols., 2004). Esto es sorprendente, porque su administración demanda sólo cinco minutos y cubre los seis dominios del WHODAS II completo de 36 ítems (Üstün y cols., 2009). En estudios piloto de la OMS, la correlación entre la puntuación de la versión de detección sistemática y la puntuación del WHODAS II fue de 0,95, lo que implica que la primera explicaba más del 90% de la variación total del WHODAS II completo de 36 ítems (Üstün y cols., 2009). El análisis factorial confirmatorio indicó una escala dimensional con buenas propiedades escalares clásicas. En cambio, no se observó que la versión de detección sistemática fuera compatible con los criterios de la teoría de respuesta al ítem (TRI), lo que reduce su aplicabilidad transcultural (Üstün y cols., 2009). En consecuencia, 5 de los 12 ítems (de los dominios comprensión y comunicación, cuidado de sí mismo y participación) fueron reemplazados después por otros de los mismos dominios de la versión de 36 ítems para mejorar las características de la TRI.

El propósito principal de los nuevos análisis presentados en este capítulo es evaluar en qué grado el WHODAS II funciona como una medida de discapacidad verderamente genérica, capaz de cuantificar las consecuencias discapacitantes de diferentes enfermedades a lo largo de una sola métrica. Encaramos esta cuestión, con una perspectiva a aplicaciones epidemiológicas y de investigación de servicios de salud, de la siguiente manera:

1. Examinar las propiedades escalares de la versión de detección sistemática de 12 ítems del WHODAS II para estudiar poblaciones de personas mayores con depresión, demencia y deterioro físico (estudios 10/66 del Grupo de Investigación de Demencia en siete países de ingresos bajos o medios);
2. Comparar y contrastar las características del grado de respuesta del WHODAS II completo con las de otras evaluaciones genéricas de muestras clínicas de personas mayores sometidas a artroplasia de cadera/rodilla o a tratamiento de la depresión en la comunidad.

Medición de la discapacidad en enfermedades en estudios poblacionales

Antecedentes

El WHODAS II de 36 ítems se utilizó previamente en dos estudios poblacionales: los estudios de Salud Mental Mundial de adultos en 16 países (Von Korff y cols.,

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

2008) y el estudio en la comunidad Kwangju de morbilidad física y psiquiátrica en adultos mayores de Corea del Sur (Kim y cols., 2005). Los hallazgos de estos estudios volvieron a confirmar la consistencia interna (Von Korff y cols., 2008) y la validez concurrente; en los estudios de Salud Mental Mundial, las puntuaciones del WHODAS II se correlacionaron consistentemente con la Escala de Discapacidad de Sheehan (Von Korff y cols., 2008). En Corea, la salud física, la depresión y la función cognitiva explicaron el 40% de la varianza de las puntuaciones del WHODAS II; los efectos de las variables sociodemográficas ya no fueron evidentes después de controlar estas variables de salud. En el estudio Salud Mental Mundial, el análisis factorial confirmatorio avaló sólo en forma relativamente débil la unidimensionalidad en los cuatro países en los que éste se llevó a cabo (Von Korff y cols., 2008). Sin embargo, las puntuaciones de las subescalas de dominios determinaron, todas, una carga mayor de 0,40 sobre una variable latente de discapacidad global, y en esta medida, se avaló la utilidad de una puntuación de discapacidad global. Antes, no se había comunicado el uso de la versión de detección sistemática de 12 ítems del WHODAS II en investigación poblacional.

Otros han destacado el carácter sesgado y cero-aumentado de la distribución del WHODAS II y las grandes diferencias de distribución entre estudios poblacionales de distintos países (Buist-Bouwman y cols., 2008; Von Korff y cols., 2008). Se propuso estandarizar las distribuciones del WHODAS II dicotomizándolas en el percentil noventa para cada población (Von Korff y cols., 2008). Sin embargo, esto tiene la desventaja de la pérdida de la precisión de medición y la pérdida de la capacidad de modelar y explorar diferencias entre países.

Método

Se llevaron a cabo estudios transversales en 11 centros de áreas de captación definidas geográficamente de siete países de ingresos bajos o medios (India, China, Cuba, República Dominicana, Venezuela, México y Perú). Se efectuó sondeos puerta a puerta para enumerar a todos los residentes de 65 años y mayores. Todos los que consintieron en participar recibieron la evaluación completa de 2-3 horas, que comprendió entrevistas con el participante y el informante, examen físico y extracción de sangre. Las entrevistas se efectuaron en el domicilio del participante. El tamaño de la muestra diana para cada país fue de 2.000-3.000 (véase Cuadro 10-1). China, India, Perú y México dividieron el reclutamiento entre centros urbanos y rurales; otros países incluyeron sólo centros urbanos. Comités de ética locales y el comité de ética del King's College de Londres aprobaron todos los estudios.

Medidas

Ya se publicaron los protocolos completos de los estudios poblacionales 10/66 en una revista de acceso abierto (Prince y cols., 2007a). Aquí sólo se describen las medidas relevantes para los análisis actuales. La edad se determinó formalmente durante la entrevista a partir de la edad declarada, documentación oficial y datos

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

CUADRO 10.1 Muestra por país y enfermedad

Enfermedad	Cuba	República Dominicana	Perú	Venezuela	México	China	India	**Total**
"Bien"	2.144 (72,8%)	1.220 (60,7%)	1.411 (73,0%)	1.297 (65,8%)	1.408 (70,3%)	1.749 (80,9%)	1.515 (75,6%)	10.744 (71,5%)
Sólo depresión	96 (3,3%)	89 (4,4%)	48 (2,5%)	25 (1,3%)	37 (1,8%)	2 (0,1%)	123 (6,1%)	420 (2,8%)
Sólo demencia	212 (7,2%)	107 (5,3%)	101 (5,2%)	75 (3,8%)	104 (5,2%)	78 (3,6%)	117 (5,8%)	794 (5,3%)
Sólo deterioro físico	329 (11,2%)	302 (15,0%)	252 (13,0%)	408 (20,7%)	312 (15,6%)	242 (11,2%)	158 (7,9%)	2.003 (13,3%)
Comorbilidad	163 (5,5%)	293 (14,6%)	121 (6,3%)	166 (8,4%)	142 (7,1%)	91 (4,2%)	91 (4,5%)	1.067 (7,1%)
Dependencia	261 (10,0%)	237 (11,8%)	161 (8,3%)	209 (10,6%)	196 (9,8%)	237 (11,0%)	114 (5,8%)	1.415 (9,7%)
Media de la puntuación del WHODAS II	13,4 (20,0)	16,5 (20,2)	12,3 (19,1)	10,8 (19,1)	10,5 (18,2)	8,0 (17,8)	19,4 (19,1)	13,0 (19,2)
Mediana de la puntuación del WHODAS II	5,6 (0-19,4)	8,3 (0-27,7)	5,6 (0-16,7)	2,8 (0-16,7)	2,8 (0-13,9)	0 (0-8,3)	13,9 (2,8-30,6)	5,6 (0-19,4)
Proporción (%) depuntuaciones distintas de cero	62,2	68,6	61,5	58,6	50,2	32,8	80,1	59,1
Puntuación media de aquellos con puntuaciones distintas de cero	21,5 (21,7)	24,0 (20,5)	20,0 (20,9)	18,4 (17,8)	21,0 (21,0)	24,5 (23,6)	24,2 (18,4)	22,0 (20,6)
Total	**2.944**	**2.011**	**1.933**	**1.971**	**2.003**	**2.162**	**2.004**	**15.028**

Nota. WHODAS II = World Health Organization Disability Assessment Schedule II (Cuestionario de Evaluación de la Discapacidad II de la Organización Mundial de la Salud).

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

aportados por el informante, y, en caso de discrepancia, edad de acuerdo con un calendario de eventos. También registramos sexo, estado civil y nivel educacional (ninguno, alguno pero inferior al primario, primario completo, secundario completo y terciario). La entrevista de los estudios poblacionales 10/66 genera información respecto de diagnóstico de demencia, trastornos mentales, salud física, antropometría, demografía, un cuestionario extenso sobre factores de riesgo de demencia y enfermedades crónicas, discapacidad, utilización de servicios de salud, disposiciones de cuidado y tensión del responsable del cuidado (Prince y cols., 2007a). Las evaluaciones relevantes para los resultados fueron las siguientes:

- Una entrevista clínica estructurada de estado mental, el Geriatric Mental State (Estado Mental Geriátrico), que aplica un algoritmo computarizado, AGECAT (Copeland y cols., 1986), e identifica carácter orgánico (probable demencia), depresión, ansiedad y psicosis.
- Una serie de pruebas cognitivas, incluidas la Puntuación de la función cognitiva del Instrumento de Detección Sistemática en la Comunidad para Demencia (Community Screening Instrument for Dementia, [CSI'D] COGSCORE) (Hall y cols., 1993) –que incorporó la tarea de fluencia verbal de nombrar animales del Consorcio para Establecer un Registro de Enfermedad de Alzheimer (Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease, CERAD)– y la tarea de aprendizaje de una lista de palabras del CERAD modificada, con recuerdo diferido (Ganguli y cols., 1996).
- Una entrevista con un informante, la CSI'D' RELSCORE (puntuación según información suministrada por el acompañante del participante), para indagar evidencia de declinación cognitiva y funcional.
- Una entrevista sobre salud y factores de riesgo con el participante, que cubre diagnósticos, deterioros y discapacidad comunicados por el propio participante.

Diagnósticos

La información de estas evaluaciones se utilizó para identificar y describir estados de salud de la siguiente manera:

- Demencia, de acuerdo con el algoritmo de diagnóstico de demencia 10/66 (Prince y cols., 2003) o el criterio de demencia del DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000).
- Depresión, según episodio depresivo de la CIE-10 (leve, moderado o grave) (Organización Mundial de la Salud, 1992), corroborado mediante el Estado Mental Geriátrico (Copeland y cols., 1986).
- Deterioros físicos, como informes del propio participante de artritis o reumatismo; problemas visuales; dificultad auditiva o sordera; tos persistente; falta de aire, dificultad respiratoria o asma; presión arterial alta, problemas cardíacos o angina; problemas de estómago o intestino; desvanecimientos o pérdida temporal de la memoria; parálisis, debilidad o pérdida de una pierna o un brazo; y trastornos de piel, como escaras, úlceras en las piernas o quemaduras graves (George y Fillenbaum, 1985) [Cada deterioro se registró como presente si interfería con las actividades "poco" o "mucho"].

Se emplearon estas tres agrupaciones diagnósticas para definir una variable abreviada codificada como "bien" (nada de lo anterior); sólo depresión; sólo demencia; sólo deterioro físico; y comorbilidad (dos o más de los previos).

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

Discapacidad

La discapacidad global se evaluó con la versión de detección sistemática de 12 ítems del WHODAS II (Rehm y cols., 2000), administrada por un entrevistador a un participante mayor. Esta versión breve del WHODAS II consiste en dos preguntas de cada uno de los seis dominios considerados en la versión completa de 36 ítems más otras dos preguntas para estimar la cantidad de días de discapacidad presentados en el mes previo. La puntuación de discapacidad global se calculó mediante el algoritmo SPSS provisto por la OMS; esta puntuación varía de cero (ausencia de discapacidad) a 100 (discapacidad máxima). Los días de discapacidad se dicotomizaron en 15 o más días del mes previo, como criterio independiente de discapacidad grave. El entrevistador formuló preguntas abiertas al informante clave para corroborar la dependencia. ¿Quién convive con el participante? ¿Qué clase de ayuda necesita el participante dentro y fuera del hogar? ¿Quién de la familia está disponible para cuidar del participante? ¿Qué ayuda le presta usted? ¿Ayuda a organizar el cuidado del participante? ¿Hay alguien más de la familia que intervenga más en el cuidado que usted? ¿Qué ocurre con amigos y vecinos? ¿Qué hacen? Después, el entrevistador codificaba si el participante no requería ningún cuidado, necesitaba cuidados parte del tiempo o gran parte de este. Se utilizó la dependencia (necesitar cuidado por lo menos parte del tiempo) como segundo criterio independiente de discapacidad grave.

Análisis

Comunicamos aquí la distribución de estados de salud y las puntuaciones de discapacidad del WHODAS II (media, mediana, proporción de puntuaciones distintas de cero y media de esas puntuaciones por encima de cero) por país y la distribución de las puntuaciones del WHODAS II (gráficos de cajas) por enfermedad. Asimismo, comunicamos la frecuencia de respuestas para cada ítem del WHODAS II según la enfermedad. Llevamos a cabo análisis independientes de la escala de Mokken dentro de cada grupo de enfermedad (sólo depresión, sólo demencia, sólo deterioro físico y comorbilidad) y para la muestra en su conjunto, así como pruebas no paramétricas de la TRI para las propiedades escalares jerárquicas. Estas aparecen cuando se pueden ordenar los ítems por grado de dificultad, de manera que cada individuo que corrobora un ítem particular también corroborará todos los ítems clasificados en un nivel más bajo de dificultad. La escalabilidad se midió mediante el coeficiente de Loevinger para cada ítem (Hi); los valores de 0,3 a 0,4 indicaron escalabilidad débil; los de 0,4 a 0,5, moderada; y por encima de 0,5, firme. También verificamos violaciones de la monotonicidad y violación de la no intersección (doble monotonicidad) entre pares de ítems. Investigamos la invarianza de medición estimando, en el caso de dificultades para el ítem, las correlaciones entre rangos de Spearman-estado de salud y la correlación global intraclase. La validez concurrente del WHODAS II se evaluó por análisis de las curvas de eficacia clínica (*r*eceiver *o*perating *c*haracteristic [ROC] curve) respecto de los criterios concurrentes independientes: 15 o más días de discapacidad en el mes previo y dependencia (necesidad de cuidado por lo menos parte

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

del tiempo). Para cada grupo de enfermedad, comunicamos el área bajo la curva ROC con intervalos de confianza del 95%, y el límite óptimo en la puntuación de discapacidad global del WHODAS II, lo que maximizó la suma de sensibilidad y especificidad.

Resultados

En total, se entrevistó a 15.028 participantes de siete países, con tamaños de muestras que variaron entre 1.933 y 2.162, excepto en Cuba, donde se entrevistó a 2.944 (Cuadro 10-1). Globalmente, 420 pacientes (2,8%) presentaban sólo depresión; 794 (5,3%), sólo demencia; 2.003 (13,3%), sólo deterioro físico; y 1.067 (7,1%), algún grado de comorbilidad entre estos trastornos mentales, cognitivos y físicos. Se observó mucha menor variación de la prevalencia de estos estados de salud y dependencia –valorados por el entrevistador– que la presente en la media y mediana de las puntuaciones del WHODAS II, que fueron particularmente altas en India y bajas en China, en comparación con otros centros. Esto se debió, principalmente, a la proporción de participantes con puntuaciones de 0-67,2%, en China, y de 19,9% en India, con escasa variación de las puntuaciones medias del WHODAS II una vez excluidas las puntuaciones de cero. En comparación con los participantes con ninguna de las enfermedades (puntuación media del WHODAS II = 7,5; mediana = 0), las puntuaciones del WHODAS II estaban elevadas en los cuatro grupos de enfermedades (véase Figura 10-1): máximas en aquellos con comorbilidad (media = 42,1; mediana = 36,1), seguidas de demencia (media = 30,7; mediana = 22,2), depresión (media = 22,1; mediana = 19,4) y deterioro físico (media = 18,4; mediana = 11,1).

El análisis de la escala de Mokken indicó que el WHODAS II era una escala de Mokken firme; la H de Loevinger fue de 0,63 para toda la escala y superó 0,50 para cada ítem (Cuadro 10-2). No hubo violaciones de la monotonicidad. Las violaciones de la no intersección fueron muy escasas en cantidad (tres para pararse; dos para tratar a gente que no conoce; y una para cada uno de los siguientes ítems: unirse a actividades comunitarias, concentrarse, caminar un kilómetro, vestirse y mantener una amistad) con respecto al número de pares activos (n = 7.040), y todas fueron cercanas al umbral mínimo especificado de 0,03. En los subgrupos de enfermedades, el WHODAS II fue una escala de Mokken moderada para los participantes con depresión únicamente y una escala de Mokken firme para aquellos con demencia o deterioro físico únicamente y aquellos con comorbilidad. En cada categoría de enfermedad, los cuatro ítems clasificados con máxima dificultad para el ítem (dificultad comunicada sólo con altos niveles de discapacidad para el rasgo) respecto del umbral entre ausencia de dificultad y cierta dificultad fueron 1) vestirse, 2) tratar con gente que no conoce, 3) mantener una amistad y 4) lavarse todo el cuerpo (Cuadro 10-3). Caminar un kilómetro, permanecer parado durante períodos prolongados y las responsabilidades domésticas se clasificaron consistentemente como ítems con baja dificultad para el ítem (dificultad comunicada aun con bajos niveles de discapacidad para el rasgo). La Figura 10-2 ilustra de manera gráfica la relación bastante estrecha entre dificultad para el ítem y las enfermedades. Los coeficientes de correlación de rangos de Spearman entre enfermedades superaron 0,90, excepto aque-

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

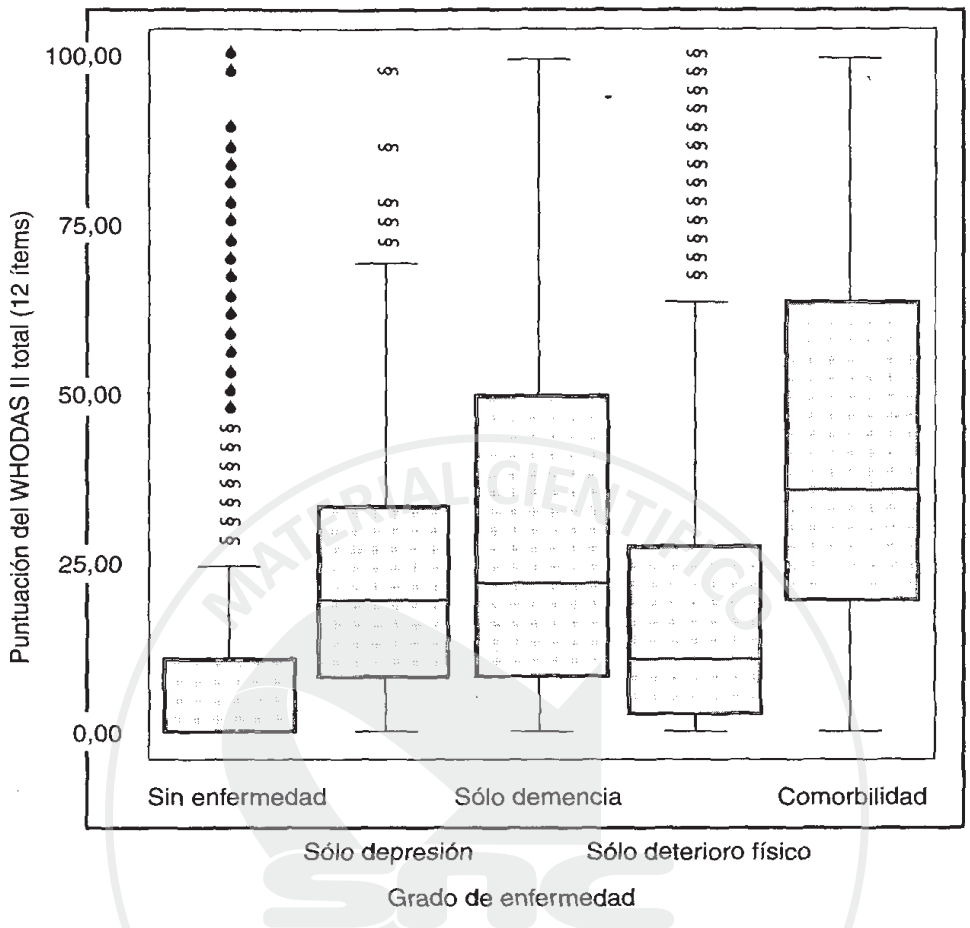


FIGURA 10-1. Distribución de la puntuación total del Cuestionario de Evaluación de la Discapacidad II de la Organización Mundial de la Salud (WHODAS II) según el grado de enfermedad.

llos entre demencia y depresión (0,65), demencia y deterioro físico (0,75), y demencia y comorbilidad (0,75). El coeficiente de correlación global intraclase fue de 0,87 (0,73-0,96). La inspección más cercana reveló un modesto grado de funcionamiento diferencial en los ítems para participantes con demencia, con respecto a dos ítems: las dificultades para el ítem tuvieron 1) jerarquías más bajas en pacientes con demencia, en comparación con otros grupos, para aprender una tarea nueva (lo que indica corroboración de este ítem en niveles más bajos de discapacidad para el rasgo en demencia únicamente) y 2) jerarquías más altas para ser afectado emocionalmente (lo que indica corroboración de este ítem sólo con niveles más altos de discapacidad para el rasgo en demencia únicamente).

Para cada grupo de enfermedad, el WHODAS II discriminó efectivamente entre participantes con necesidades de dependencia o sin estas y aquellos con más o menos de 15 días de discapacidad en el mes previo (Cuadro 10-4). El límite óptimo para identificar discapacidad grave, de acuerdo con estos criterios, fue casi

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

CUADRO 10.2 Valores H de Loevinger del análisis de Mokken (coeficientes de escalabilidad)

Ítem del WHODAS II de enfermedad	Depresión (n = 420)	Demencia (n = 794)	Deterioro físico (n = 2.003)	Comorbilidad (n = 1.067)	Todos
1. Ponerse de pie	0,48	0,52	0,58	0,55	0,61
2. Responsabilidades domésticas	0,54	0,69	0,62	0,63	0,68
3. Aprender una nueva tarea	0,46	0,64	0,51	0,60	0,59
4. Unirse a actividades comunitarias	0,46	0,69	0,59	0,61	0,66
5. Cuánto es afectado emocionalmente	0,46	0,50	0,51	0,45	0,57
6. Concentrarse	0,38	0,63	0,45	0,55	0,58
7. Caminar un kilómetro	0,51	0,59	0,59	0,60	0,64
8. Lavarse todo el cuerpo	0,44	0,67	0,56	0,63	0,65
9. Vestirse	0,51	0,68	0,58	0,65	0,68
10. Tratar con gente que no conoce	0,48	0,61	0,47	0,57	0,58
11. Mantener una amistad	0,49	0,64	0,50	0,60	0,62
12. Realizar trabajos y actividades cotidianas	0,52	0,71	0,60	0,65	0,68
Escala completa	**0,48**	**0,63**	**0,56**	**0,59**	**0,63**

Nota. WHODAS II = World Health Organization Disability Assessment Schedule II (Cuestionario de Evaluación de la Discapacidad II de la Organización Mundial de la Salud).

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

CUADRO 10.3 Distribución de respuestas a ítems individuales del WHODAS II por enfermedad, con dificultades para los ítems a partir del análisis de Mokken

Ítem del WHODAS II		"Bien" (n = 10.744)	Sólo depresión (n = 420)	Sólo demencia (n = 794)	Sólo deterioro físico (n = 2.003)	Comorbilidad (n = 1.067)	Todos
Permanecer de pie por períodos prolongados (30 minutos)	0	68,8%	39,7%	46,8%	48,3%	27,2%	61,2%
	1	14,8%	23,0%	16,8%	13,5%	10,1%	14,6%
	2	10,8%	23,0%	15,5%	18,9%	21,5%	13,2%
	3	3,5%	6,9%	8,3%	10,4%	17,3%	5,7%
	4	2,1%	7,4%	12,5%	8,9%	23,9%	5,2%
Dificultad en el ítem (rango)			0,40 (10)	0,47 (8)	0,48 (11)	0,27 (10)	0,61 (12)
Responsabilidades domésticas	0	79,2%	46,7%	43,7%	57,3%	29,0%	70,0%
	1	11,6%	24,6%	16,1%	16,4%	14,3%	13,0%
	2	6,3%	17,5%	13,1%	15,6%	21,6%	9,3%
	3	2,0%	7,2%	9,0%	5,6%	11,9%	3,7%
	4	0,9%	4,1%	18,1%	5,2%	23,2%	4,0%
Dificultad en el ítem (rango)			0,47 (9)	0,44 (10)	0,57 (9)	0,29 (9)	0,70 (9)
Aprender una nueva tarea	0	80,6%	54,1%	36,4%	65,6%	31,3%	72,1%
	1	11,1%	24,4%	15,7%	15,4%	16,1%	12,7%
	2	4,7%	12,9%	15,7%	11,4%	15,7%	7,2%
	3	2,2%	3,6%	11,0%	3,5%	11,5%	3,5%
	4	1,3%	5,0%	21,3%	4,2%	25,4%	4,5%
Dificultad en el ítem (rango)			0,54 (7)	0,36 (12)	0,66 (7)	0,31 (8)	0,72 (8)

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

CUADRO 10.3 Distribución de respuestas a ítems individuales del WHODAS II por enfermedad, con dificultades para los ítems a partir del análisis de Mokken *(cont.)*

Ítem del WHODAS II		"Bien" (n = 10.744)	Sólo depresión (n = 420)	Sólo demencia (n = 794)	Sólo deterioro físico (n = 2.003)	Comorbilidad (n = 1.067)	Todos
Unirse a actividades comunitarias	0	83,9%	54,7%	45,4%	64,0%	34,4%	74,9%
	1	9,5%	20,6%	14,8%	12,8%	12,4%	10,7%
	2	4,0%	13,9%	11,6%	12,5%	15,2%	6,6%
	3	1,3%	5,0%	9,3%	4,7%	11,0%	3,0%
	4	1,3%	5,8%	18,9%	6,1%	27,1%	4,8%
Dificultad para el ítem (rango)			0,55 (6)	0,46 (9)	0,64 (8)	0,34 (7)	0,75 (7)
Cuánto es afectado emocionalmente	0	77,6%	32,3%	52,4%	51,3%	24,1%	67,8%
	1	13,2%	26,8%	21,2%	18,3%	16,9%	14,9%
	2	7,1%	23,2%	13,3%	20,2%	31,1%	11,3%
	3	1,6%	12,0%	6,6%	7,1%	16,0%	3,9%
	4	0,5%	5,7%	6,5%	3,2%	11,9%	2,1%
Dificultad para el ítem (rango)			0,32 (12)	0,53 (5)	0,51 (10)	0,24 (11)	0,68 (10)
Concentrarse	0	90,3%	52,4%	52,7%	77,0%	42,0%	82,1%
	1	6,7%	28,5%	16,5%	13,6%	16,4%	9,4%
	2	2,3%	14,1%	11,0%	5,9%	18,3%	4,7%
	3	0,5%	3,6%	7,5%	2,1%	8,9%	1,7%
	4	0,2%	1,4%	12,2%	1,5%	14,4%	2,1%
Dificultad para el ítem (rango)			0,52 (8)	0,52 (6)	0,77 (5)	0,42 (5)	0,82 (5)

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

CUADRO 10.3 Distribución de respuestas a ítems individuales del WHODAS II por enfermedad, con dificultades para los ítems a partir del análisis de Mokken *(cont.)*

Ítem del WHODAS II		"Bien" (*n* = 10.744)	Sólo depresión (*n* = 420)	Sólo demencia (*n* = 794)	Sólo deterioro físico (*n* = 2.003)	Comorbilidad (*n* = 1.067)	Todos
Caminar un kilómetro	0	72,5%	36,1%	38,6%	47,2%	22,0%	62,8%
	1	11,7%	23,9%	16,9%	12,4%	10,8%	12,3%
	2	8,6%	18,9%	14,3%	16,2%	16,6%	10,7%
	3	4,1%	7,7%	9,3%	11,9%	13,3%	6,2%
	4	3,2%	13,4%	20,9%	12,3%	37,4%	8,0%
Dificultad para el ítem (rango)			0,36 (11)	0,39 (11)	0,47 (12)	0,22 (12)	0,63 (11)
Lavarse todo el cuerpo	0	93,8%	78,5%	62,7%	83,0%	52,3%	87,4%
	1	3,8%	11,5%	10,4%	7,0%	10,7%	5,3%
	2	1,3%	4,3%	7,4%	4,7%	10,9%	2,8%
	3	0,6%	3,8%	5,5%	1,5%	7,8%	1,6%
	4	0,5%	1,9%	14,0%	3,8%	18,4%	2,9%
Dificultad para el ítem (rango)			0,78 (4)	0,63 (4)	0,83 (4)	0,52 (4)	0,87 (4)

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

CUADRO 10.3 Distribución de respuestas a ítems individuales del WHODAS II por enfermedad, con dificultades para los ítems a partir del análisis de Mokken *(cont.)*

Ítem del WHODAS II		"Bien" (n = 10.744)	Sólo depresión (n = 420)	Sólo demencia (n = 794)	Sólo deterioro físico (n = 2.003)	Comorbilidad (n = 1.067)	Todos
Vestirse	0	96,5%	86,8%	71,8%	88,0%	58,8%	91,2%
	1	2,3%	6,9%	8,7%	5,3%	11,3%	3,8%
	2	0,7%	3,1%	4,7%	3,0%	10,9%	2,0%
	3	0,2%	2,2%	4,4%	1,2%	5,0%	1,0%
	4	0,2%	1,0%	10,4%	2,6%	14,0%	2,1%
Dificultad para el ítem (rango)			0,87 (2)	0,72 (1)	0,88 (2)	0,59 (3)	0,91 (1)
Tratar con gente que no conoce	0	94,8%	87,8%	68,0%	86,2%	63,6%	89,9%
	1	3,8%	6,7%	13,7%	8,4%	12,7%	5,6%
	2	1,1%	3,1%	7,0%	3,7%	9,8%	2,4%
	3	0,1%	1,7%	2,9%	0,9%	5,0%	0,8%
	4	0,2%	0,7%	8,5%	0,9%	8,9%	1,3%
Dificultad para el ítem (rango)			0,88 (1)	0,68 (3)	0,86 (3)	0,64 (1)	0,90 (2)

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

CUADRO 10.3 Distribución de respuestas a ítems individuales del WHODAS II por enfermedad, con dificultades para los ítems a partir del análisis de Mokken *(cont.)*

Ítem del WHODAS II		"Bien" (n = 10.744)	Sólo depresión (n = 420)	Sólo demencia (n = 794)	Sólo deterioro físico (n = 2.003)	Comorbilidad (n = 1.067)	Todos
Mantener una amistad	0	95,2%	85,6%	68,4%	88,7%	62,5%	90,4%
	1	3,5%	6,9%	11,3%	6,6%	11,4%	5,0%
	2	0,8%	4,8%	6,1%	3,3%	11,4%	2,3%
	3	0,1%	1,4%	4,3%	0,7%	4,7%	0,8%
	4	0,2%	1,2%	9,9%	0,8%	9,9%	1,5%
Dificultad para el ítem (rango)			0,85 (3)	0,69 (2)	0,89 (1)	0,63 (2)	0,90 (2)
Llevar a cabo trabajos, actividades cotidianas	0	85,5%	57,3%	49,5%	66,0%	34,9%	76,6%
	1	8,8%	18,7%	15,9%	13,3%	15,1%	10,5%
	2	3,9%	14,6%	11,7%	12,7%	18,7%	6,9%
	3	1,1%	5,3%	7,0%	4,5%	10,8%	2,7%
	4	0,7%	4,1%	15,8%	3,5%	20,4%	3,3%
Dificultad para el ítem (rango)			0,57 (5)	0,50 (7)	0,66 (6)	0,35 (6)	0,77 (6)

Nota. 0 = ninguna dificultad; 1 = dificultad leve; 2 = dificultad moderada; 3 = dificultad grave; 4 = dificultad extrema/no puede hacerlo. WHODAS II = World Health Organization Disability Assessment Schedule II (Cuestionario de Evaluación de la Discapacidad II de la Organización Mundial de la Salud).

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

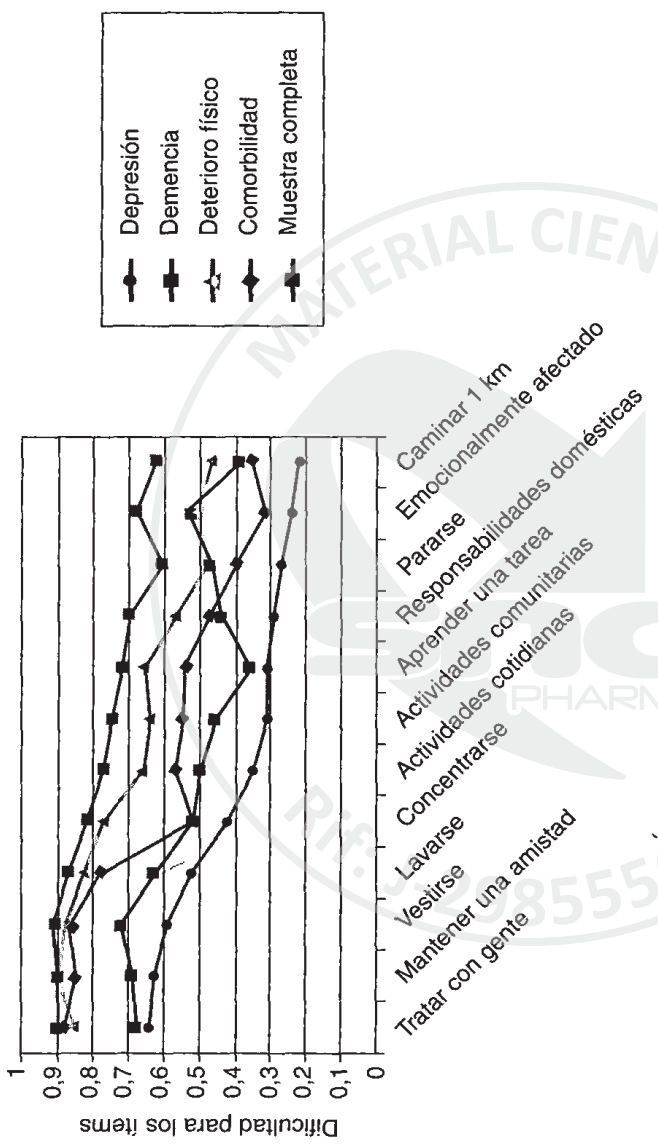


FIGURA 10-2. Dificultades para los ítems (análisis de la escala Mokken) según la enfermedad.
WHODAS II = World Health Organization Disability Assessment Schedule II (Cuestionario de Evaluación de la Discapacidad II de la Organización Mundial de la Salud).

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

CUADRO 10.4 Análisis de eficacia clínica de la capacidad de discriminación del WHODAS II frente a dos criterios independientes de discapacidad grave (dependencia y 15 o más días de discapacidad) según el estado de salud

	Criterio = dependencia (algunos requerimientos de cuidado)				Criterio = 15 o más días de discapacidad			
Estado de salud	AUROC	Límite óptimo	Sensibilidad	Especificidad	AUROC	Límite óptimo	Sensibilidad	Especificidad
Depresión	0,80 (0,72-0,87)	26,4	0,71	0,75	0,78 (0,72-0,83)	26,4	0,64	0,74
Demencia	0,79 (0,75-0,82)	26,3	0,75	0,72	0,85 (0,83-0,88)	26,4	0,78	0,73
Deterioro físico	0,84 (0,81-0,87)	26,4	0,77	0,75	0,83 (0,81-0,86)	23,6	0,66	0,79
Comorbilidad	0,86 (0,83-0,88)	43,1	0,80	0,79	0,82 (0,80-0,85)	37,5	0,79	0,72
Muestra completa	**0,88 (0,87-0,89)**	**23,6**	**0,85**	**0,77**	**0,86 (0,85-0,87)**	**15,3**	**0,74**	**0,77**

Nota. AUROC = *a*rea *u*nder *r*eceiver *o*perating *c*haracteristic curve (área bajo la curva de eficacia clínica); WHODAS II = World Health Organization Disability Assessment Schedule II (Cuestionario de Evaluación de la Discapacidad II de la Organización Mundial de la Salud).

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

idéntico en los pacientes con depresión, demencia y deterioro físico puros, pero algo más alto en aquellos con comorbilidad.

Discusión

Las escalas compatibles con los criterios de la TRI suministran una base sólida para la medición y las comparaciones válidas entre subgrupos. Las características del ítem son una de sus propiedades esenciales y deben ser invariantes respecto del grupo al que son administrados y de la prueba dentro de la que están contenidos. En cambio, las escalas que son compatibles con la teoría clásica de las pruebas, pero incompatibles con la TRI, dependen del grupo y la prueba y deben ser redefinidas para cada muestra y contexto nuevos (Hambleton y cols., 1991). Rehm y cols. (2000), en su análisis (usando datos piloto de la OMS) de una versión previa de 12 ítems para detección sistemática del WHODAS II, observaron que la versión para detección sistemática no era compatible con los principios de la TRI. En nuestro análisis de datos de encuestados mayores de siete países de ingresos bajos y medios, hallamos firme evidencia del análisis de escalas de Mokken para avalar la unidimensionalidad y la compatibilidad de la TRI de la versión revisada de la versión de 12 ítems para detección sistemática, recomendada en la actualidad por la OMS.

Además, nuestros hallazgos también avalan la invarianza del grupo para el WHODAS II con respecto a la evaluación de discapacidad en trastornos físicos, mentales y cognitivos de personas mayores. El WHODAS II fue una escala de Mokken de moderada a firme en todos estos subgrupos. Los valores absolutos de dificultades para el ítem variaron entre los subgrupos, porque estos confunden las diferencias entre posiciones en la variable latente de discapacidad de los cuatro subgrupos de enfermedades, y las diferencias entre enfermedades, con respecto a la localización del ítem en la variable del ítem (Gillepsie y cols., 1988). Sin embargo, la jerarquía de dificultades para los ítems mostró una alta correlación entre las enfermedades. El funcionamiento diferencial en los ítems se evidenció, principalmente, en el grupo que sólo presentaba demencia, en el que, en comparación con otros grupos, aprender una nueva tarea tenía una dificultad para el ítem más baja (comprensible en el contexto del deterioro cognitivo aislado de la demencia temprana) y ser afectado emocionalmente mostraba una dificultad para el ítem más alta (también en este caso, esperable dadas las dificultades de acceder al estado de ánimo mediante autoinformes en personas con demencia). Asimismo, examinamos la relación entre puntuaciones del WHODAS II y dos criterios externos de discapacidad grave –dependencia y 15 días o más de discapacidad– utilizando análisis de ROC entre las diferentes enfermedades. Los límites óptimos fueron casi idénticos para los subgrupos de demencia, depresión y deterioro físico puros, y algo más altos para el subgrupo de comorbilidad. Esto plantea la posibilidad de que el uso de medidas genéricas multidominio, como el WHODAS II, pueda ejercer el efecto de sobreestimar la discapacidad valorada externamente en personas con comorbilidad, respecto de aquellas con enfermedades aisladas.

En términos generales, el patrón de hallazgos de estos análisis psicométricos es compatible con el objetivo de la OMS de crear una medida capaz de identificar las

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

consecuencias de cualquier tipo de enfermedad tratando por igual todos los trastornos. Esto se logró, en gran medida, mediante la selección de ítems que no son específicos de la enfermedad y pueden ser corroborados por participantes con trastornos mentales, cognitivos y por consumo de sustancias, así como con enfermedades físicas. El foco en la limitación en la actividad y la restricción en la participación, más que en el deterioro, sin duda resultó útil en este aspecto. Para el WHODAS II de 36 ítems, aplicado en el Estudio Europeo de Epidemiología de los Trastornos Mentales, parte del Estudio Mundial de Salud Mental, se demostró de manera convincente esta propiedad: personas con trastornos mentales y físicos presentaban deterioro en todos los dominios del WHODAS II respecto de los que carecían de estos trastornos (Buist-Bouwman y cols., 2006). Los trastornos mentales fueron tan discapacitantes como los trastornos físicos en la puntuación total del WHODAS II, el cuidado de sí mismo, la movilidad y la participación. En las actividades cotidianas y la comunicación/comprensión, los encuestados con un trastorno mental tuvieron un funcionamiento ligeramente peor que los individuos con un trastorno físico, mientras que los encuestados con trastornos físicos tuvieron más dificultad para movilizarse. Nuestra demostración de propiedades escalares de TRI firmes y de invarianza de grupo de la versión de 12 ítems para detección sistemática del WHODAS II es un hallazgo nuevo y una ventaja considerable con respecto a facilitar la investigación de la repercusión y carga relativas de las enfermedades en distintas culturas. Aún se debe establecer formalmente la consistencia transcultural del WHODAS II. Se demostró la invarianza de medición transcultural entre países mediterráneos y no mediterráneos del WHODAS II completo de 36 ítems mediante análisis factorial confirmatorio (AFC) (Hall y cols., 1993). Sin embargo, debido a las preguntas filtro utilizadas en la versión Salud Mental Mundial del WHODAS II, no se aplicaron análisis de la TRI a estas series de datos. Los estudios 10/66 del Grupo de Investigación de Demencia no tuvieron esta limitación, y en un futuro artículo, consideraremos la cuestión de la invarianza de medición transcultural, mediante AFC y análisis de Mokken.

Medición del cambio de discapacidad entre enfermedades en la investigación de servicios de salud

Antecedentes

Se describieron dos tipos de grado de respuesta a cambios de la discapacidad. El grado de respuesta *interna* es la posibilidad de medir el cambio a lo largo del tiempo, o antes y después de una intervención de eficacia clínica conocida. El grado de respuesta *externa* "refleja el grado en que los cambios de una medida... se relacionan con cambios correspondientes de una medida de referencia de estado de salud", una suerte de "estándar de referencia" (Husted y cols., 2000). Se evaluó el grado de respuesta interna del WHODAS II con respecto a intervenciones clínicas para la depresión (Chwastiak y Von Korff, 2003), trastornos de ansiedad (Perini y cols., 2006), dorsalgia (Chwastiak y Von Korff, 2003) y rehabilitación para

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

diversas enfermedades físicas crónicas (Pösl y cols., 2007). Sólo un estudio previo comparó el grado de respuesta del WHODAS II con el de otras medidas entre trastornos físicos y mentales (Chwastiak y Von Korff, 2003). Se examinó el grado de respuesta externa sólo con respecto al cambio de síntomas para trastornos de ansiedad (Perini y cols., 2006).

Elegimos estudiar dos enfermedades índice, depresión y artritis, por sus altos niveles de discapacidad asociada y eficacia de los tratamientos disponibles y para evaluar variables de enfermedades "físicas" y "mentales". Para facilitar la comparación, ambos grupos de tratamientos estuvieron integrados por adultos mayores.

Método

Nuestro método de enfoque fue llevar a cabo un estudio longitudinal naturalista del grado de respuesta de diferentes medidas de estado de salud, discapacidad y calidad de vida frente a intervenciones quirúrgicas y de salud mental de eficacia clínica establecida. Se evaluó dos veces a los participantes, dentro de las dos semanas de iniciar el tratamiento y cuatro meses después de iniciada la intervención.

Participantes

Se identificaron dos muestras clínicas. La primera comprendió a pacientes que habían sido colocados en una lista de espera para artroplasia primaria de cadera o de rodilla por artrosis en un hospital escuela del sur de Londres. Estos pacientes fueron reclutados durante las evaluaciones preoperatorias dos semanas antes de la cirugía. La segunda muestra incluyó a pacientes con depresión en etapas tardías de la vida derivados a equipos de atención secundaria de Salud Mental de Ancianos basados en la comunidad, que ofrecían una serie intervenciones a pacientes mayores de 65 años en un área relativamente carenciada de Londres. Se identificó que estos pacientes (por sus empleados clave) presentaban depresión, para la que se planificaba un nuevo episodio de tratamiento. El tratamiento consistió en medicación antidepresiva, con terapia electroconvulsiva adicional en los casos indicados. Se incluía a los pacientes en este estudio si tenían una puntuación superior a 15 en la Escala de Valoración de Depresión de Hamilton (Hamilton, 1960) y cumplían los criterios diagnósticos de uno o más de los trastornos depresivos enumerados en la CIE-10.

Evaluaciones

Las evaluaciones consistieron en medidas específicas del deterioro valoradas por el clínico e instrumentos de calidad de vida relacionada con la salud: se utilizaron *medidas específicas del deterioro valoradas por el clínico* en las muestras de artroplastia y de depresión. Los participantes de la muestra de artroplastia fueron valorados antes de la operación mediante una de dos medidas clínicas utilizadas comúnmente: la Puntuación de Cadera de Harris (Harris, 1969) o la Escala de valoración clínica de la Sociedad de Rodilla (Insall y cols., 1989), según fuera apro-

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

piado, que evaluaban dolor, función articular y movilidad. Los pacientes de la muestra de depresión fueron valorados en el momento del reclutamiento con la Escala de Valoración de Depresión de Hamilton (Hamilton, 1960), una entrevista semiestructurada administrada por el psiquiatra.

Los instrumentos de calidad de vida relacionada con la salud fueron los siguientes:

- *Discapacidad:* WHODAS II (Murray y López, 1996). Se valora en una escala cada uno de los seis dominios: comprensión/comunicación, movilidad, cuidado de sí mismo, relación con los demás, actividades cotidianas y restricción en la participación, para generar una puntuación que varía de 0 a 100, en la que las puntuaciones más altas reflejan mayor discapacidad. Se calcula una suma de puntuación ponderada de discapacidad global, que refleja las contribuciones de la limitación en la actividad y de la restricción en la participación a la discapacidad global.
- *Hándicaps:* Escala de Discapacidad de Londres (Harwood y Ebrahim, 1995). Esta escala fue diseñada para medir el constructo de hándicap de la CIFDH: "desventajas experimentadas por el individuo como resultado de deterioros y discapacidades". Así, los hándicaps reflejan la interacción de un individuo con su entorno y su adaptación a este. Las escalas de seis puntos evalúan desventaja en "roles de supervivencia" de movilidad, independencia física, orientación, ocupación, integración social y autosuficiencia económica, y aportan una medida abreviada ponderada de hándicap.
- *Estado de salud:* SF-36 (Ware y Sherbourne, 1992). El SF-36 ha asumido preeminencia en el campo de la medición del estado de salud; numerosos trabajos avalan su robustez psicométrica, Tiene escalas de ocho dominios de funcionamiento físico: función física, dificultades en el rol físico, dificultades en el rol emocional, función social, salud mental, vitalidad, dolor corporal y percepciones sobre la salud. Las puntuaciones de las subescalas varían de 0 a 100, y las puntuaciones más altas indican mejor funcionamiento. El SF-36 comienza con una pregunta abreviada sobre salud general.
- *Calidad de vida:* Calidad de Vida BREF de la OMS (WHOQOL-BREF, Organización Mundial de la Salud, 1988a). WHOQOL-BREF es un formulario breve de 26 ítems para ser completado por el propio entrevistado que comprende cuatro escalas abreviadas de calidad de vida –física, psicológica, social y ambiental– y una sola pregunta abreviada de calidad de vida global. El grupo que elaboró el WHOQOL definió calidad de vida como

  > ...la percepción de los individuos sobre su posición en la vida, en el contexto de la cultura y sistemas de valores en los que viven y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones. Es un concepto amplio en el que incide de manera compleja la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia del individuo, y sus relaciones sociales y relación con características prominentes de su ambiente. (Organización Mundial de la Salud, 1998b).

Se creó un instrumento de 100 ítems basado en este concepto, el WHOQOL, que fue sometido a extensas investigaciones de campo en poblaciones generales (Organización Mundial de la Salud, 1998b).

Análisis

Se describieron las características demográficas y clínicas de las muestras. El grado de respuesta al cambio del WHODAS II se midió con cuatro índices para

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

cada medida de calidad de vida relacionada con la salud para cada grupo clínico. Las medidas de grado de respuesta interna fueron el tamaño del efecto y la media de respuesta estandarizada. El *tamaño del efecto*, el índice de respuesta utilizado más comúnmente, es la diferencia de la puntuación media antes y después del tratamiento dividida por la desviación estándar de la medida basal. Se estima que los tamaños del efecto superiores a 0,8 o más reflejan cambios grandes; de 0,5-0,8, cambios moderados; y de 0,2-0,5, cambios pequeños (Kazis y cols., 1989). La *media de respuesta estandarizada* es el cambio medio de la puntuación dividido por la desviación estándar del cambio de las puntuaciones. Estandariza el cambio de una medida respecto de la variabilidad de las puntuaciones de cambio entre pacientes. Los dos índices de grado de respuesta externa fueron la correlación de los cambios de las puntuaciones del WHODAS II con los cambios de dos variables globales, autovaloradas en escalas de Likert de cinco puntos: la valoración de salud global del SF-36 y la valoración de calidad de vida global del WHOQOL-BREF.

Resultados

De los 72 pacientes preartroplasia, 65 (90%) fueron entrevistados nuevamente 4 meses más tarde. De los 49 pacientes con depresión, 40 (82%) fueron entrevistados otra vez 4 meses más tarde; 2 habían muerto, y 7 rechazaron el seguimiento. Los pacientes deprimidos eran mayores que aquellos con artroplastia (media de edad = 78 años, rango = 65-95 frente a media de edad = 70 años, rango = 52-86) y era menos probable que estuvieran casados (15% frente a 47%). No se observó ninguna diferencia basal en ninguna de las medidas de calidad de vida relacionada con la salud entre pacientes perdidos para el seguimiento y aquellos que completaron el estudio. Al inicio del estudio, los pacientes del grupo artroplastia y los deprimidos presentaban niveles generales similares de discapacidad y hándicap, medidos por el WHODAS II y la Escala de Discapacidad de Londres (Cuadros 10-5 y 10-6). Sin embargo, en comparación con los del grupo artroplastia, los pacientes deprimidos presentaban mayor discapacidad en los dominios comprensión/comunicación, cuidado de sí mismo y relación con los demás del WHODAS II; tenían una peor calidad de vida en todas las áreas excepto la física; y presentaban menos deterioro en las subescalas de función física y dolor corporal del SF-36. Mostraban mucho más deterioro que los pacientes del grupo artroplastia en las subescalas de rol emocional, vitalidad y salud mental del SF-36. En términos generales, las diferencias entre los dos grupos de pacientes de los patrones de discapacidad de dominios/subescalas basales fueron más llamativas para el SF-36 que para el WHODAS II o el WHOQOL.

En el grupo de artroplastia, el 55% fue sometido a artroplastia de rodilla, y los otros, a artroplastia de cadera. Las características demográficas y las puntuaciones de calidad de vida relacionada con la salud no diferían entre los dos tipos de operación, excepto por el cuidado de sí mismo del WHODAS II y el funcionamiento en el rol físico del SF-36, en los que aquellos sometidos a reemplazo de cadera mostraban mayor limitación. Para los análisis posteriores, se combinaron los dos grupos. En el grupo de depresión, el tratamiento consistió en medicación antidepresiva en todos los casos, y terapia electroconvulsiva adicional en cuatro casos;

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

aquellos que recibieron terapia electroconvulsiva adicional no presentaban diferencias sustanciales respecto de los demás en las evaluaciones de calidad de vida basales.

Se evaluó el grado de respuesta interna con dos índices de magnitud sin unidades de cambio de las medidas, tamaño del efecto y media de respuesta estandarizada. Después de la artroplastia, las puntuaciones de deterioro de la rodilla y la cadera mostraron grandes cambios (> 0,8) en ambos índices de respuesta (véase Cuadro 10-5). El WHODAS II mostró grandes cambios en la puntuación de discapacidad global y el dominio de movilidad, y cambios moderados (> 0,5) en los dominios actividades cotidianas y comprensión/comunicación. De las subescalas SF-36, el dolor corporal mostró un cambio grande, y el funcionamiento social, un cambio moderado. En el WHOQOL-BREF, solo el dominio calidad de vida física mostró una respuesta moderada. Cuatro meses después del comienzo del tratamiento por depresión en etapas tardías de la vida, la Escala de Valoración de Depresión de Hamilton tuvo alto grado de respuesta (Cuadro 10-6). El WHODAS II mostró sólo grado de respuesta por debajo de moderado en todos los dominios, excepto movilizarse y relacionarse con los demás. Las subescalas de salud mental, vitalidad y funcionamiento en el rol emocional del SF-36 tuvieron grado de respuesta alto o moderado según el índice de cambio utilizado. Las subescalas de calidad de vida física y psicológica también mostraron grado de respuesta moderado.

El grado de respuesta externa se evaluó mediante la correlación de los cambios en las medidas de prueba con cambios de la valoración de salud global del SGF-36 y la valoración de calidad de vida global del WHOQOL-BREF (Cuadros 10-5 y 10-6). Entre los pacientes con artritis, los cambios de valoraciones de la salud global se correlacionaron significativamente (> 0,31) con cambios de la puntuación de discapacidad global del WHODAS II y los dominios de movilidad y participación; cambios de las subescalas de dolor corporal y percepciones sobre la salud del SF-36; y cambio de los dominios calidad de vida física y social del WHOQOL-BREF. Los cambios de calidad de vida global mostraron una correlación significativa con cambios de todos los dominios del WHOQOL-BREF y con cambio de las subescalas de funcionamiento en el rol emocional y de salud mental del SF-36. En pacientes con depresión, los cambios de salud global tuvieron una correlación significativa (> 0,34) con las subescalas de salud mental, rol emocional y percepción sobre la salud del SF-36. Los dominios de calidad de vida física, psicológica y ambiental del WHOQOL-BREF se correlacionaron con cambio de calidad de vida global, al igual que la puntuación de la Escala de Valoración de Depresión de Hamilton; las subescalas de rol emocional, salud mental y vitalidad del SF-36; y la Escala de Discapacidad de Londres.

Discusión

El propósito de este estudio fue evaluar el grado de respuesta del WHODAS II respecto del de otras evaluaciones establecidas de discapacidad, estado de salud y calidad de vida. Nuestro objetivo no fue evaluar intervenciones individuales ni comparar su eficacia relativa. El grado de respuesta interna al cambio es un componente vital de la validez externa de una variable para la investigación de servicios de salud. Las medidas específicas de la enfermedad indicaron grandes cam-

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

CUADRO 10.5 Capacidad de respuesta al cambio de las escalas WHODAS II, WHOQOL-BREF, SF-36 y de Discapacidad de Londres comparadas cuatro meses después de la artroplastia de miembro inferior

Escala	Media basal (DE)	Puntuación del cambio (IC del 95%)	Tamaño del efecto	MRE	Correlación con el cambio de la salud	Correlación con el cambio de CdV
Puntuación de cadera de Harris (0-100)	44,4 (10,8)	38,1 (32,2, 44,0)	3,53	2,54	0,16	-0,01
Valoración clínica de la Sociedad de Rodilla (0-200)	92,2 (27,2)	32,8 (21,6, 44,1)	1,21	1,03	0,25	0,22
WHODAS II (0-100)						
Discapacidad total	25,5 (10,8)	9,0 (6,2, 11,8)	0,83	0,90	0,45	-0,06
Comprensión	5,7 (7,7)	3,8 (2,0, 5,6)	0,49	0,54	0,11	-0,01
Movilidad	59,3 (18,9)	22,7 (17,0, 28,4)	1,20	1,06	0,38	-0,13
Cuidado de sí mismo	16,5 (13,9)	4,7 (0,5, 8,9)	0,34	0,30	0,13	0,14
Relación con los demás	10,0 (12,2)	-1,5 (-5,2, 2,2)	-0,12	-0,10	0,13	-0,03
Actividades cotidianas	33,4 (24,6)	14,8 (7,9, 21,8)	0,60	0,54	0,22	-0,21
Participación	29,2 (21,9)	8,4 (3,0, 13,9)	0,39	0,40	0,46	-0,15
WHOQOL-BREF (0-20)						
Física	10,6 (2,5)	1,3 (0,7, 1,9)	0,52	0,54	0,36	0,37
Psicológica	13,9 (2,2)	-0,5 (-1,2, 0,3)	-0,21	-0,16	0,19	0,43
Social	15,1 (2,7)	0,3 (-0,7, 1,2)	0,09	0,07	0,32	0,47
Ambiente	13,4 (1,9)	-0,2 (-0,8, 0,4)	-0,09	-0,08	0,15	0,41

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

CUADRO 10.5 Capacidad de respuesta al cambio de las escalas WHODAS II, WHOQOL-BREF, SF-36 y de Discapacidad de Londres comparadas cuatro meses después de la artroplastia de miembro inferior *(cont)*

Escala	Media basal (DE)	Puntuación del cambio (IC del 95%)	Tamaño del efecto	MRE	Correlación con el cambio de la salud	Correlación con el cambio de CdV
SF-36						
Función física	30,8 (21,6)	9,9 (2,8, 17,0)	0,46	0,38	0,31	0,23
Rol físico	20,8 (32,9)	5,9 (-6,5, 18,4)	0,18	0,12	0,22	0,12
Rol emocional	54,2 (43,1)	5,4 (-8,1, 18,8)	0,13	0,11	0,14	0,39
Función social	51,4 (26,1)	16,9 (7,9, 26,0)	0,64	0,49	0,19	0,06
Vitalidad	42,7 (21,1)	4,9 (-0,1, 10,0)	0,23	0,25	0,21	0,28
Salud mental	68,7 (20,4)	0,7 (-5,0, 6,3)	0,03	0,03	0,06	0,41
Dolor corporal	32,4 (23,2)	19,7 (12,3, 27,1)	0,85	0,70	0,38	0,26
Percepciones sobre la salud	53,1 (21,2)	3,9 (-1,6, 9,3)	0,18	0,20	0,61	0,27
Escala de Discapacidad de Londres (0-100)	68,3 (10,6)	4,6 (1,8, 7,3)	0,43	0,41	-0,09	0,07

Nota. Se evaluó el grado de respuesta externa a través de la correlación de los cambios de las medidas investigadas con los cambios de valoración de la salud global a partir del SF-36 y la valoración de calidad de vida global a partir de la WHOQOL-BREF. Correlaciones de los cambios de la subescala CdV relacionada con los cambios de las valoraciones de Likert de salud y calidad de vida; las correlaciones > 0,31 fueron significativas con $p < 0,05$, y las correlaciones > 0,43 fueron significativas con $p < 0,001$.

IC = intervalo de confianza; CdV = calidad de vida; SF-36 = Short Form-36 (Formulario breve-36); MRE = media de respuesta estandarizada; WHODAS II = World Health Organization Disability Assessment Schedule II (Cuestionario de Evaluación de la Discapacidad II de la Organización Mundial de la Salud); WHOQOL-BREF = World Health Organization Quality of Life-BREF.

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

CUADRO 10.6 Capacidad de respuesta al cambio de las escalas WHODAS II, WHOQOL-BREF, SF-36 y de Discapacidad de Londres comparadas cuatro meses después de iniciar el tratamiento por depresión en etapas tardías de la vida

	Media basal (DE)	Puntuación del cambio (IC del 95%)	Tamaño del efecto	MRE	Correlación con el cambio de la salud	*Correlación* con el cambio de CdV
Escala de valoración de depresión de Hamilton (0-47)	22,3 (5,26)	11,5 (8,8, 14,2)	2,19	1,35	0,31	0,43
WHODAS II (0-100)						
Discapacidad global	29,2 (13,8)	6,5 (1,5, 11,4)	0,47	0,46	0,13	0,41
Comprensión	26,4 (18,7)	7,6 (1,3, 13,8)	0,41	0,39	0,06	0,24
Movilidad	40,7 (29,7)	4,1 (-2,2, 10,4)	0,14	0,21	0,18	0,27
Cuidado de sí mismo	23,8 (18,2)	9,0 (2,8, 15,2)	0,49	0,47	0,00	0,14
Relación con los demás	16,2 (13,0)	1,9 (-3,6, 7,3)	0,14	0,11	-0,03	0,07
Actividades cotidianas	31,0 (29,6)	12,0 (2,7, 21,3)	0,41	0,41	0,22	0,25
Participación	35,3 (13,8)	7,5 (0,7, 14,3)	0,43	0,38	0,00	0,22
WHOQOL-BREF						
Física	11,2 (2,9)	1,9 (0,9, 2,9)	0,66	0,63	0,32	0,60
Psicológica	9,1 (2,9)	2,2 (1,2, 3,3)	0,77	0,70	0,34	0,64
Social	13,7 (3,3)	0,4 (-1,1, 1,8)	0,11	0,08	0,19	0,23
Ambiente	12,6 (2,2)	0,7 (-0,1, 1,6)	0,33	0,28	0,12	0,40
SF-36						
Función física	43,2 (26,0)	3,1 (6,6, 34,7)	0,12	0,12	0,00	0,23
Rol físico	25,7 (36,9)	12,9 (-5,6, 31,3)	0,35	0,23	0,21	0,23
Rol emocional	12,0 (23,7)	33,3 (15,9, 50,8)	1,41	0,64	0,35	0,41

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

CUADRO 10.6 Capacidad de respuesta al cambio de las escalas WHODAS II, WHOQOL-BREF, SF-36 y de Discapacidad de Londres comparadas cuatro meses después de iniciar el tratamiento por depresión en etapas tardías de la vida *(cont.)*

Escala	Media basal (DE)	Puntuación del cambio (IC del 95%)	Tamaño del efecto	MRE	Correlación con el cambio de la salud	Correlación con el cambio de CdV
SF-36 *(cont.)*						
Función social	45,3 (25,7)	9,4 (-4,8, 23,6)	0,36	0,21	0,07	0,31
Salud mental	29,7 (21,4)	21,8 (12,2, 31,5)	1,02	0,73	0,47	0,56
Vitalidad	23,5 (20,9)	18,2 (9,0, 27,4)	0,87	0,64	0,07	0,47
Dolor corporal	66,1 (36,0)	6,6 (-4,9, 18,0)	0,18	0,19	-0,05	-0,13
Percepciones sobre la salud	42,8 (20,8)	5,4 (-1,9, 12,7)	0,27	0,25	0,62	0,21
Escala de Discapacidad de Londres (0-100)	61,6 (15,9)	3,5 (-1,3, 8,2)	0,22	0,23	0,04	0,51

Nota. Se evaluó el grado de respuesta externa a través de la correlación de los cambios de las medidas investigadas con los cambios de valoración de la salud global a partir del SF-36 y la valoración de calidad de vida global a partir de la WHOQOL-BREF. Correlaciones de los cambios de la subescala CdV relacionada con los cambios de las valoraciones de Likert de salud y calidad de vida; las correlaciones > 0,31 fueron significativas con $p < 0,05$, y las correlaciones > 0,43 fueron significativas con $p < 0,001$.
IC = intervalo de confianza; CdV = calidad de vida; SF-36 = Short Form-36 (Formulario Breve-36); MRE = media de respuesta estandarizada; WHODAS II = World Health Organization Disability Assessment Schedule II (Cuestionario de Evaluación de la Discapacidad II de la Organización Mundial de la Salud); WHOQOL-BREF = World Health Organization Quality of Life-BREF.

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

bios de los deterioros destinatarios de intervenciones. Las medidas aplicables entre enfermedades siempre mostraron un grado de respuesta más bajo. Sin embargo, la mitad de los dominios del WHOQOL-BREF fueron insensibles a estas intervenciones de salud importantes, aunque la calidad de vida física mejoró en ambos grupos y la calidad de vida psicológica mejoró en los pacientes con depresión. De modo similar, en cada grupo clínico, varias subescalas del SF-36 presentaron un grado de respuesta moderado o no se modificaron, y las que sí mostraron respuestas marcadas eran predecibles por la enfermedad tratada: salud mental, vitalidad y rol emocional, en el caso de la depresión, y dolor corporal, función física y social, en el caso de la artroplastia. El WHODAS II demostró un grado de respuesta moderado (> 0,4), pero aun así útil, en un rango más amplio de dominios y en la puntuación de discapacidad global en los grupos de depresión y artroplastia.

En términos generales, nuestros hallazgos son comparables con los de los pocos otros estudios que compararon, directamente, el grado de respuesta del WHODAS II con el del SF-36 o el SF-12. En los pacientes con depresión, el tamaño del efecto para la puntuación de discapacidad global del WHODAS II (0,47) fue un poco más pequeña que la comunicada en dos estudios previos para tratamiento de la depresión en atención primaria (0,65) (Chwastiak y Von Korff, 2003) y "rehabilitación" para depresión (0,69) (Pösl y cols., 2007). En nuestro estudio, al igual que en otros que han investigado el grado de respuesta a intervenciones por depresión (Chwastiak y Von Korff, 2003; Pösl y cols., 2007), la comprensión/comunicación, el cuidado de sí mismo, las actividades cotidianas y la participación fueron los dominios del WHODAS II que más respondieron. Para el SF-36, en nuestro estudio y otros (Chwastiak y Von Korff, 2003; Pösl y cols., 2007), el grado de respuesta se limitó a los dominios de salud mental, vitalidad y rol emocional. Asimismo, se evaluó el grado de respuesta del WHODAS II en pacientes con fobia social y angustia/agorafobia que realizaban terapia cognitivo-conductista grupal (Perini y cols., 2006). Los tamaños del efecto del WHODAS II para agorafobia (0,57) y fobia social (0,69) fueron más pequeños que los de la PACM del SF-36 para angustia/agorafobia (0,90) y fobia social (0,95). En cambio, el grado de respuesta externa contra escalas de síntomas específicos del deterioro fue mayor para el WHODAS que para la PACM del SF-12 para fobia social y comparable para angustia/agorafobia (Perini y cols., 2006). En nuestro grupo de artroplastia, el tamaño del efecto para la puntuación de discapacidad global del WHODAS II (0,83) fue más grande que la comunicada antes para intervenciones de atención primaria por dorsalgia (0,60) (Chwastiak y Von Korff, 2003), lo que probablemente refleja la eficacia relativa de estas intervenciones. En ambos estudios, los dominios que más respondieron fueron movilidad, actividades cotidianas, participación, cuidado de sí mismo y comunicación y comprensión. En los dos estudios, el grado de respuesta para el SF-36 se limitó a grandes efectos sobre el dolor corporal y efectos moderados sobre la función social y la función física. El otro estudio que evaluó el grado de respuesta para enfermedades físicas comunicó tamaños del efecto pequeños, pero estadísticamente significativos, en la mayoría de los dominios del WHODAS II para enfermedades musculoesqueléticas y cardiovasculares, y cáncer de mama (Pösl y cols., 2007); un punto débil fundamental de este estudio fue que no se describió

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

el contenido de las intervenciones de "rehabilitación", y en apariencia, no se había establecido su eficacia. En todos estos estudios, parece haber un equilibrio entre el grado de respuesta de una escala o subescala y su alcance. Cuando más enfocada está una escala en un deterioro, más responde a una intervención dirigida a ese deterioro. De todos modos, el patrón de cambio de las puntuaciones del WHODAS II en dominios de limitación en la actividad y restricción en la participación sugiere que las intervenciones mentales y físicas tienen amplios efectos sobre la discapacidad más allá de los detectados por las subescalas del SF-36 centradas en el deterioro. Las escalas centradas en síntomas o deterioros pueden no capturar todos los beneficios de estas intervenciones; sin embargo, quizá sea preciso sacrificar cierto grado de respuesta para alcanzar este objetivo.

Para nuestra prueba de grado de respuesta externa, elegimos correlacionar los cambios de las medidas de calidad de vida relacionada con la salud con los cambios globales valorados por el propio encuestado, lo que evalúa el grado de respuesta con respecto a la mejoría observada por el paciente (Burvill y cols., 1990). En el grupo sometido a artroplastia, el rendimiento del WHODAS II fue bueno cuando se utilizó el cambio de salud como el agente de comparación externo, pero fue malo cuando el criterio fue el cambio de calidad de vida. Por el contrario, en los pacientes tratados por depresión, el WHODAS mostró, en general, mejor rendimiento cuando el criterio externo fue el cambio de calidad de vida. En ambos grupos, para el SF-36, la subescala de percepciones sobre la salud respondió más con respecto a cambios de salud valorados por el propio paciente, mientras que las subescalas de rol emocional, salud mental y vitalidad respondieron más con respecto a cambios de la calidad de vida. En ambos grupos clínicos, los cambios de las puntuaciones de los dominios del WHOQOL-BREF mostraron una firme correlación con cambios de la calidad de vida global valorados por el propio paciente, lo que indicó buena consistencia interna longitudinal. Es evidencia que la elección del patrón de referencia es crucial para evaluar el grado de respuesta externa; tanto el carácter del constructo usado como agente de comparación externo (estado de salud, satisfacción o calidad de vida) como la perspectiva desde la que se lo valora pueden determinar diferentes características de respuesta para la misma medida.

Una limitación de nuestro estudio fue el intervalo relativamente breve entre intervenciones y evaluación de seguimiento. En estas poblaciones, estudios previos han mostrado respuestas clínicas en este marco temporal (Drewett y cols., 1992; Heiligenstein y cols., 1995). Si bien efectos más amplios sobre la discapacidad y la calidad de vida pueden demorar más en aparecer, esto no debería haber impedido la evaluación del grado de respuesta relativo de las diferentes medidas. El WHODAS II parece ser un instrumento útil para capturar efectos amplios en las intervenciones de servicios de salud sobre la discapacidad como constructo genérico, ampliamente definido. Tuvo menor grado de respuesta que variables específicas del deterioro de foco más limitado. En ambos grupos de pacientes, respondió más que la Escala de Discapacidad de Londres y parece más capaz de detectar cambios en dominios menos predecibles que el SF-36 o el WHOQOL-BREF.

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

Conclusión

La clasificación CIF de la OMS describe los efectos de las enfermedades en la limitación de actividades y conductas, y en la restricción de la participación de los individuos en la sociedad. Se puede considerar que estos procesos representan la vía final común por la que diferentes trastornos –agudos y crónicos, mentales o físicos, solos o en combinación– pueden ejercer sus efectos y causar desventajas. La escala de evaluación de la discapacidad WHODAS II, desarrollada para que fuera compatible con la clasificación CIF, mostró tener propiedades psicométricas robustas en una amplia variedad de diagnósticos y trastornos. Parece ser capaz de capturar las consecuencias discapacitantes de las enfermedades mentales, cognitivas y físicas, y responde por igual a intervenciones eficaces para depresión, ansiedad y trastornos musculoesqueléticos.

A través de los análisis presentados en este capítulo, demostramos que se puede utilizar la versión de detección sistemática de 12 ítems del WHODAS II, en virtud de sus propiedades de medición jerárquicas, para efectuar comparaciones significativas del grado de discapacidad en diversas enfermedades. Aún se debe demostrar esta propiedad ventajosa para el WHODAS II completo de 36 ítems.

El SF-36 asumió preeminencia en el campo de la medición del estado de salud; numerosos trabajos avalan su consistencia psicométrica. Sin embargo, durante todo el desarrollo del SF-36 y las puntuaciones abreviadas de sus componentes, hubo una presunción explícita de que la salud física y la salud mental son, en una medida importante, entidades distintas, y que las consecuencias del deterioro en una entidad difieren de las observadas en la otra; por lo tanto, se deben usar diferentes métricas para cuantificar las entidades. La premisa inicial es muy cuestionable; en la actualidad, hay considerable bibliografía de investigación que atestigua los vínculos proteiformes entre trastornos físicos y mentales (Prince y cols., 2007a). Los trastornos mentales se destacan entre los factores de riesgo y las secuelas de enfermedades transmisibles y no transmisibles, accidentes y lesiones; la extensa comorbilidad con trastornos mentales tiene implicaciones importantes para el resultado del tratamiento de muchas enfermedades físicas (Prince y cols., 2007b). La decisión de emplear métricas distintas para las consecuencias de los trastornos físicos y mentales impone limitaciones significativas a la utilidad del SF-36 y el SF-12 para la investigación poblacional y de servicios de salud. Ambas medidas se utilizaron con éxito en estudios nacionales de salud mental (Bijl y Ravelli, 2000; Das-Munshi y cols., Grant y cols., 2005; Sanderson y Andrews, 2002) para evaluar las cargas relativas de diferentes trastornos mentales (Bijl y Ravelli, 2000; Grant y cols., 2005; Sanderson y Andrews, 2002) y las contribuciones de estas cargas al deterioro del funcionamiento físico en pacientes con diabetes (Das-Munshi y cols., 2007). A diferencia del WHODAS II, el SF-36 no se puede utilizar para evaluar la carga relativa secundaria a trastornos físicos y mentales. Este es un problema importante para la salud mental; el análisis de datos de GBD, mediante la métrica común año de vida ajustado por discapacidad, revela que, en el ámbito de un país, la proporción de presupuestos de atención médica destinado a salud mental es mucho menor que la proporción de morbilidad atribuible a enfermedades mentales para países con todos los niveles de desarrollo económico (Saxena y cols., 2007). De modo similar,

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

aunque el SF-36 captura los beneficios en las intervenciones de salud mental sobre los resultados de salud mental, no se puede utilizarlo para comparar la eficacia ni la rentabilidad en las intervenciones en salud física y mental.

El uso de un instrumento de base amplia, dirigido conceptualmente, como el WHODAS II, ayudará en investigaciones futuras sobre carga relativa de la enfermedad. El año de vida ajustado por discapacidad fue criticado desde varias perspectivas. Impone un modelo algo medicalizado de discapacidad, porque está fijado a la opinión de expertos sobre niveles de discapacidad asociados con grupos diagnósticos (Mont 2007b). Las ponderaciones de discapacidad pueden mejorar mediante la inclusión de opiniones de legos (Mont, 2007b; Williams, 1999) o por medición directa de la discapacidad en estudios de salud usando una medida genérica simple como el WHODAS II (Sanderson y Andrews, 2001; Williams, 1999). Más radicalmente, Williams (1999) cuestionó la premisa básica de la iniciativa GBD, desde una perspectiva de economía de la salud. Según este autor, lo que se requiere para informar a los que implementan políticas y para la fijación de prioridades no es conocer la carga relativa de diferentes enfermedades, sino más bien conocer la eficacia relativa en las intervenciones:

> "No necesitamos conocer la GBD, sino la repercusión marginal de una tecnología de salud sobre ella. La fijación de prioridades debe obedecer a una comparación de los beneficios incrementales con los costes incrementales... La evaluación de tecnología de la salud es un campo más urgente, más focalizado y más útil de empeño a fin de establecer prioridades que calcular la GBD". (Williams, 1999)

Los análisis de rentabilidad de intervenciones en salud mental, en países de ingresos bajos y medios, sugieren cocientes del orden de 500-5.000 dólares estadounidenses por año de vida ajustado por discapacidad evitada; esto es desfavorable cuando se compara con programas de vacunación o control de la tuberculosis, pero es equivalente a intervenciones por otros trastornos crónicos; por ejemplo, tratamientos antirretrovirales por HIV/sida, prevención secundaria de la hipertensión o control glucémico por diabetes (Patel y cols., 2003). Este trabajo recién comienza. La defensa basada en la evidencia para salud mental requiere que los futuros estudios de eficacia en las intervenciones en salud mental incluyan variables genéricas que faciliten las comparaciones directas con intervenciones practicadas de manera más sistemática en contextos de atención médica general, sobre todo en contextos de ingresos bajos y medios. El modelado, llevado a cabo como parte de la reciente Serie sobre Salud Mental Global de *The Lancet*, indicó que se podrían prestar servicios de salud mental basados en la comunidad a un coste incremental per capita de sólo 2 USD en países de bajos ingresos y de 4-6 USD en países de ingresos medios (Lancet Global Mental Health Group y cols., 2007). Esto presenta a los implementadores de políticas la factura sin que aún haya un conocimiento claro de los beneficios asociados con una reforma tan fundamental de los servicios de salud.

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

Bibliografía

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4ª ed., texto revisado. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000

Andrews G, Kemp A, Sunderland M, et al: Normative data for the 12-item WHO Disability Assessment Schedule 2.0. PLoS ONE 4(12):e8343, 2009

Baron M, Schieir O, Hudson M, et al: The clinimetric properties of the World Health Organization Disability Assessment Schedule II in early inflammatory arthritis. Arthritis Rheum 59:382–390, 2008

Bijl RV, Ravelli A: Current and residual functional disability associated with psychopathology: findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). Psychol Med 30:657–668, 2000

Buist-Bouwman MA, De Graaf R, Vollebergh WA, et al: Functional disability of mental disorders and comparison with physical disorders: a study among the general population of six European countries. Acta Psychiatr Scand 113:492–500, 2006

Buist-Bouwman MA, Ormel J, de Graaf R, et al: Psychometric properties of the World Health Organization Disability Assessment Schedule used in the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders. Int J Methods Psychiatr Res 17:185–197, 2008

Burvill PW, Mowry B, Hall WD: Quantification of physical illness in psychiatric research in the elderly. Int J Geriatr Psychiatry 5:161–170, 1990

Chávez LM, Canino G, Negrón G, et al: Psychometric properties of the Spanish version of two mental health outcome measures: World Health Organization Disability Assessment Schedule II and Lehman's Quality of Life Interview. Ment Health Serv Res 7:145–159, 2005

Chisolm TH, Abrams HB, McArdle R, et al: The WHO-DAS II: psychometric properties in the measurement of functional health status in adults with acquired hearing loss. Trends Amplif 9:111–126, 2005

Chopra PK, Couper JW, Herrman H: The assessment of patients with longterm psychotic disorders: application of the WHO Disability Assessment Schedule II. Aust N Z J Psychiatry 38:753–759, 2004

Chwastiak LA, Von Korff M: Disability in depression and back pain: evaluation of the World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHO DAS II) in a primary care setting. J Clin Epidemiol 56:507–514, 2003

Copeland JR, Dewey ME, Griffiths-Jones HM: A computerised psychiatric diagnostic system and case nomenclature for elderly subjects: GMS and AGECAT. Psychol Med 16:89–99, 1986

Creed F, Morgan R, Fiddler M, et al: Depression and anxiety impair health-related quality of life and are associated with increased costs in general medical inpatients. Psychosomatics 43:302–309, 2002

Das-Munshi J, Stewart R, Ismail K, et al: Diabetes, common mental disorders, and disability: findings from the UK National Psychiatric Morbidity Survey. Psychosom Med 69:543–550, 2007

Drewett RF, Minns RJ, Sibly TF: Measuring outcome of total knee replacement using quality of life indices. Ann R Coll Surg Engl 74:286–289, 1992

Fuster V, Voûte J: MDGs: chronic diseases are not on the agenda. Lancet 366:1512–1514, 2005

Ganguli M, Chandra V, Gilbey J, et al: Cognitive test performance in a community-based nondemented elderly sample in rural India: the Indo-US Cross National Dementia Epidemiology Study. Int Psychogeriatr 8:507–524, 1996

George LK, Fillenbaum GG: OARS methodology: a decade of experience in geriatric assessment. J Am Geriatr Soc 33:607–615, 1985

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

Gillespie M, Tenvergert EM, Kingma J: Using Mokken methods to develop robust cross-national scales: American and West German attitudes toward abortion. Soc Indic Res 20:181–203, 1988

Grant BF, Hasin DS, Stinson FS, et al: Prevalence, correlates, co-morbidity, and comparative disability of DSM-IV generalized anxiety disorder in the USA: results from the National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions. Psychol Med 35:1747–1759, 2005

Hall KS, Hendrie HH, Brittain HM, et al: The development of a dementia screening interview in two distinct languages. Int J Methods Psychiatr Res 3:1–28, 1993

Hambleton RK, Rogers HJ, Swaminathan H: Fundamentals of Item Response Theory. Thousand Oaks, CA, Sage, 1991

Hamilton M: A rating scale for depression. J Neurol Neurosurg Psychiatry 23:56–62, 1960

Harris WH: Traumatic arthritis of the hip after dislocation and acetabular fractures: treatment by mold arthroplasty: an end-result study using a new method of result evaluation. J Bone Joint Surg Am 1:737–755, 1969

Harwood R, Ebrahim S: Manual of the London Handicap Scale. Nottingham, UK, University of Nottingham, 1995

Harwood R, Prince M, Mann A, et al: The prevalence of diagnoses, impairments, disabilities and handicaps in a population of elderly people living in a defined geographic area: the Gospel Oak Project. Age Ageing 27:707–714, 1998

Heiligenstein JH, Ware JE Jr, Beusterien KM, et al: Acute effects of fluoxetine versus placebo on functional health and well-being in late-life depression. Int Psychogeriatr 7(supl.):125–137, 1995

Hudson M, Steele R, Taillefer S, et al: Quality of life in systemic sclerosis: psychometric properties of the World Health Organization Disability Assessment Schedule II. Arthritis Rheum 59:270–278, 2008

Husted JA, Cook RJ, Farewell VT, et al: Methods for assessing responsiveness: a critical review and recommendations. J Clin Epidemiol 53:459–468, 2000

Insall JN, Dorr LD, Scott RD, et al: Rationale of the Knee Society clinical rating system. Clin Orthop Relat Res (248):13–14, 1989

Kazis LE, Anderson JJ, Meenan RF: Effect sizes for interpreting changes in health status. Med Care 27:S178–S189, 1989

Kim JM, Stewart R, Glozier N, et al: Physical health, depression and cognitive function as correlates of disability in an older Korean population. Int J Geriatr Psychiatry 20:160–167, 2005

Lancet Global Mental Health Group, Chisholm D, Flisher AJ, et al: Scale up services for mental disorders: a call for action. Lancet 370:1241–1252, 2007

Lindesay J: The Guy's/Age Concern survey: physical health and psychiatric disorder in an urban elderly community. Int J Geriatr Psychiatry 5:171–178, 1990

McHorney CA, Ware JE Jr, Raczek AE: The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36), II: psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. Med Care 31:247–263, 1993

McHorney CA, Ware JE Jr, Lu JF, et al: The MOS 36-item Short-Form Health Survey (SF-36), III: tests of data quality, scaling assumptions, and reliability across diverse patient groups. Med Care 32:40–66, 1994

McKibbin C, Patterson TL, Jeste DV: Assessing disability in older patients with schizophrenia: results from the WHODAS-II. J Nerv Ment Dis 192:405–413, 2004

Mont D: Measuring Disability Prevalence. Social Protection Discussion Paper No. 0706. Washington, DC, World Bank, 2007a. Disponible en: http://siteresources.worldbank.org/SOCIALPROTECTION/Resources/SPDiscussion-papers/Disability-DP/0706.pdf. Consultado el 22 de Julio de 2009

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

Mont D: Measuring health and disability. Lancet 369:1658–1663, 2007b

Murray CJL, Lopez AD (eds): The Global Burden of Disease: A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability From Diseases, Injuries and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020. Cambridge, MA, Harvard University Press, 1996

Norton J, de Roquefeuil G, Benjamins A, et al: Psychiatric morbidity, disability and service use amongst primary care attenders in France. Eur Psychiatry 19:164–167, 2004

Organisation for Economic Co-operation and Development: Transforming Disability Into Ability: Policies to Promote Work and Income Security for Disabled People. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2003

Patel V, Chisholm D, Rabe-Hesketh S, et al: Efficacy and cost-effectiveness of drug and psychological treatments for common mental disorders in general health care in Goa, India: a randomised, controlled trial. Lancet 361:33–39, 2003

Perini SJ, Slade T, Andrews G: Generic effectiveness measures: sensitivity to symptom change in anxiety disorders. J Affect Disord 90:123–130, 2006

Pirkis JE, Burgess PM, Kirk PK, et al: A review of the psychometric properties of the Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS) family of measures. Health Qual Life Outcomes 3:76, 2005

Pösl M, Cieza A, Stucki G: Psychometric properties of the WHODASII in rehabilitation patients. Qual Life Res 16:1521–1531, 2007

Prince MJ: The classification and measurement of disablement and its applications for clinical gerontology. Rev Clin Gerontol 8:227–240, 1998

Prince M, Acosta D, Chiu H, et al: Dementia diagnosis in developing countries: a cross-cultural validation study. Lancet 361:909–917, 2003

Prince M, Ferri CP, Acosta D, et al: The protocols for the 10/66 Dementia Research Group population-based research programme. BMC Public Health 7:165, 2007a

Prince M, Patel V, Saxena S, et al: No health without mental health. Lancet 370:859–877, 2007b

Rehm J, Üstün TB, Saxena S: On the development and psychometric testing of the WHO screening instrument to assess disablement in the general population. Int J Methods Psychiatr Res 8:110–122, 2000

Sanderson K, Andrews G: Mental disorders and burden of disease: how was disability estimated and is it valid? Aust N Z J Psychiatry 35:668–676, 2001

Sanderson K, Andrews G: Prevalence and severity of mental health-related disability and relationship to diagnosis. Psychiatr Serv 53:80–86, 2002

Saxena S, Thornicroft G, Knapp M, et al: Resources for mental health: scarcity, inequity, and inefficiency. Lancet 370:878–889, 2007

Simon GE, Revicki DA, Grothaus L, et al: SF-36 summary scores: are physical and mental health truly distinct? Med Care 36:567–572, 1998

Üstün TB, Kostanjsek N, Chatterji S, et al (eds): Measuring Health and Disability: Manual for WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0). Geneva, Switzerland, World Health Organization, 2009

van Tubergen A, Landewe R, Heuft-Dorenbosch L, et al: Assessment of disability with the World Health Organisation Disability Assessment Schedule II in patients with ankylosing spondylitis. Ann Rheum Dis 62:140–145, 2003

Von Korff M, Crane PK, Alonso J, et al: Modified WHODAS-II provides valid measure of global disability but filter items increased skewness. J Clin Epidemiol 61:1132–1143, 2008

Ware JE Jr, Sherbourne CD: The MOS 36-item short-form health survey (SF-36), I: conceptual framework and item selection. Med Care 30:473–483, 1992

Ware J, Kosinski M, Keller SD: SF-36 Physical and Mental Component Summary Scales: A User's Manual. Boston, MA, The Health Institute, New England Medical Center, 1994.

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

Wells KB, Stewart A, Hays RD, et al: The functioning and well-being of depressed patients: results from the Medical Outcomes Study (see comments). JAMA 262:914–919, 1989

Williams A: Calculating the global burden of disease: time for a strategic reappraisal? Health Econ 8:1–8, 1999

Wing JK, Curtis RH, Beevor AK: HoNOS: Health of the Nation Outcome Scales. Report on Research July 1993–December 1995. London, Royal College of Psychiatrists, 1996

World Health Organization: International Classification of Impairments Disabilities and Handicaps: A Manual of Classification Relating to the Consequences of Disease. Albany, NY, World Health Organization, 1980

World Health Organization: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10ª revisión. Geneva, World Health Organization, 1992

World Health Organization: The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. Soc Sci Med 41:1403–1409, 1995

World Health Organization: Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. The WHOQOL Group Psichol Med 28:551–558, 1998a

World Health Organization: The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. Soc Sci Med 46:1569–1585, 1998b

World Health Organization: International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Geneva, World Health Organization, 2001

World Health Organization: WHO Statistical Information System: Working Paper Describing Data Sources, Methods and Results for Projections of Mortality and Burden of Disease for 2005, 2015 and 2030. Geneva, World Health Organization, 2006 World Health Organization: World Health Organization Disability Assessment Schedule II (WHODAS II). Geneva, Switzerland, World Health Organization, 2009. Disponible en: http://www.who.int/icidh/whodas. Accessed July 29, 2009

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

PARTE IV

IDENTIFICACIÓN DE EXPRE
IMPORTANTES DE LOS TR
RELACIONADAS CON LA G EL SEXO

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

CAPÍTULO 11

EVALUACIÓN DE TRASTORNOS MENTALES Y USO DE SERVICIOS EN DISTINTOS PAÍSES

INICIATIVA DE ENCUESTA MUNDIAL DE SALUD MENTAL DE LA OMS

Philip S. Wang, M.D., Dr.P.H.
Sergio Aguilar-Gaxiola, M.D., Ph.D.
Jordi Alonso, M.D., Ph.D.
Sing Lee, M.B., B.S., F.R.C.Psych.
Michael Schoenbaum, Ph.D.
T. Bedirhan Üstün, M.D.
Ronald C. Kessler, Ph.D.
Ronny Bruffaerts, Ph.D.
Guilherme Borges, M.Sc., Dr.Sc.
Giovanni de Girolamo, M.D.
Oye Gureje, M.D., Ph.D., D.Sc.
Josep Maria Haro, M.D., M.P.H., Ph.D.

Parte de este capítulo, incluidos los cuadros, aparecieron previamente en Ronald C. Kessler y T. Bedirhan Üstün (eds): *The WHO World Mental Health Surveys Global Perspective on the Epidemiology of Mental Disorders*. Nueva York, Cambridge University Press, © World Health Organization, 2008. Usado con autorización. Los conceptos y las opiniones expresadas son las de los autores, y no se debe asumir que representan los conceptos de ninguna organización u organismos patrocinantes, ni del gobierno de los Estados Unidos.

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

Stanislav Kostyuchenko, M.D.
Viviane Kovess Masféty, M.Sc., M.D., Ph.D.
Daphna Levinson, Ph.D.
Herbert Matschinger, Ph.D.
Zeina Mneimneh, M.P.H., M.Sc.
Mark Oakley Browne, Ph.D.
Johan Ormel, Ph.D.
José Posada-Villa, M.D.
Soraya Seedat, M.B.Ch.B., F.C.Psych., Ph.D.
Hisateru Tachimori, Ph.D.
Adley Tsang, B.So.Sci.

Si bien ha sido posible evaluar los trastornos mentales y el uso de servicios dentro de los países desde hace más de medio siglo, las comparaciones entre distintos países han resultado más difícil, debido, en gran medida, a la manera inconsistente de aplicación de los métodos (Hagnell, 1996); Langner y Michael, 1963; Leighton, 1959). Esta situación se modificó con el desarrollo del Esquema de Entrevista Diagnóstica (*Diagnostic Interview Schedule*, DIS) en la década de 1980 (Bland y cols., 1988). El DIS era la primera entrevista diagnóstica psiquiátrica que pudo ser administrada por entrevistadores legos, por lo que se pudo, a partir de allí, efectuar estudios epidemiológicos psiquiátricos paralelos en diferentes países (Bland y cols., 1988; Hwu y cols., 1989; Lépine y cols., 1989; Robins y Regier, 1991). Los resultados de estas primeras encuestas transnacionales sentaron las bases para la Iniciativa de Encuesta Mundial de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (http://www.hcp.med.harvard.edu/wmh/) (Weissman y cols., 1994, 1996a, 1996b, 1997).

Posteriormente, se elaboraron otros esquemas diagnósticos, como la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (*Composite International Diagnostic Interview*, CIDI). Aun así, se siguen usando innovaciones del DIS y de estas primeras encuestas transnacionales en los proyectos de epidemiología psiquiátrica de todo el mundo (Andrade y cols., 1996, 2002; Bijl y cols., 1998; Caraveo y cols., 1998; Kessler y cols., 1994; Kýlýç y cols., 1998; Vega y cols., 1998; Wittchen, 1998), y, de hecho, algunos de los hallazgos clave iniciales se reprodujeron en proyectos posteriores, como la Encuesta Mundial de Salud Mental.

Por ejemplo, entre encuestas/países, se suele observar que alrededor de un tercio de los encuestados han cumplido los criterios de un trastorno mental en algún momento de sus vidas (Consorcio Internacional de Epidemiología Psiquiátrica de la Organización Mundial de la Salud, 2000), pero la mayoría de los que cumplían estos criterios comunicaron que nunca habían recibido ningún tratamiento específico (Alegria y cols., 2000; Bijl y cols., 2003). Se plantearon interrogantes importantes respecto de estos hallazgos (Regier y cols., 1998, 2000). ¿Podrían haber sido leves o autolimitados muchos de estos trastornos mentales? De ser así, ¿sería pru-

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

dente tratarlos, aun en sociedades económicamente favorecidas, para no hablar de contextos de bajos recursos?

Ha sido difícil responder estas preguntas porque encuestas transnacionales previas estimaron principalmente la prevalencia de trastornos, pero no su gravedad ni sus consecuencias. Algunos investigadores crearon medidas post hoc de la gravedad de los trastornos mentales. En análisis secundarios de encuestas previas del DIS y la CIDI que emplearon estas medidas, se estimó que hasta la mitad de los trastornos mentales eran leves; sin embargo, aunque el uso de tratamientos se correlacionó típicamente con la gravedad del trastorno, incluso de uno a dos tercios de los casos de mayor discapacidad no recibieron ningún tratamiento (Bijl y cols., 2003; Narrow y cols., 2002).

La iniciativa de la Encuesta Mundial de Salud Mental actual se basa y amplía marcadamente proyectos transnacionales previos de epidemiología psiquiátrica. Si bien las encuestas transnacionales previas se llevaron a cabo, sobre todo, en países occidentales industrializados, la Encuesta Mundial de Salud Mental incluye países de todas las regiones geográficas y de todo el espectro de desarrollo económico. Esta amplitud aumenta de manera considerable la fracción de la población mundial sobre la que puede aportar información la Encuesta Mundial de Salud Mental. Además, las innovaciones de esta, destinadas a aumentar la exactitud de las comparaciones transnacionales, incluyen un alto grado de consistencia y coordinación entre las encuestas de distintos países. Para superar las limitaciones de proyectos transnacionales previos, la Encuesta Mundial de Salud Mental contiene evaluaciones rigurosas de la gravedad de los trastornos y de la discapacidad asociada. Por último, los instrumentos de la Encuesta Mundial de Salud Mental comprenden preguntas estandarizadas acerca de los servicios de salud mental recibidos, incluidos su intensidad y adecuación.

En el resto de este capítulo, planteamos, primero, algunas cuestiones metodológicas importantes que se deben considerar cuando se interpretan los hallazgos de la Iniciativa de Encuesta Mundial de Salud Mental. Después, analizamos de manera suscinta algunos resultados de esta encuesta que han aparecido hasta la fecha. Finalizamos con algunas sugerencias para orientaciones futuras, basadas en los hallazgos de la Encuesta Mundial de Salud Mental, para investigadores, clínicos y encargados de implementar políticas responsables de satisfacer las necesidades de salud mental de la ciudadanía de sus países.

Cuestiones metodológicas

Evaluación de trastornos mentales, gravedad y discapacidad en distintos países

Hay varias consideraciones metodológicas importantes para recordar al evaluar trastornos mentales y uso de servicios en distintos países (Haro y cols., 2008; Kessler y cols., 2008). Primero, no se ha esclarecido en qué medida los sistemas nosológicos para clasificar trastornos mentales, que fueron desarrollados principalmente en países occidentales y desarrollados, reflejan los trastornos presentes en otros países. Por

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

ejemplo, los sistemas de clasificación del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) y la *Clasificación Internacional de Enfermedades* (CIE) podrían no capturar formas locales relevantes de psicopatología o de su expresión sintomática. Debido a esto, puede haber síndromes localmente relevantes en algunos países que no son diagnósticos de la CIDI, mientras que algunos trastornos evaluados por instrumentos diagnósticos, por ejemplo la CIDI, pueden no existir en todos los países. Con respecto a estos últimos, ha resultado tranquilizador, en la iniciativa de la Encuesta Mundial de Salud Mental, que equipos culturalmente competentes, incluidos médicos de salud mental locales dentro de cada país colaborador, no hayan detectado casos en los cuales no existan los trastornos evaluados por la CIDI. Sin embargo, son más interesantes las posibilidades de que algunos trastornos evaluados por la CIDI se expresen de manera diferente en distintos países. Una posibilidad de este tipo, y que es tema de investigación, es si el trastorno de ansiedad social a veces se expresa de modo diferente en países asiáticos, donde se otorga gran valor a no ofender a los demás (Choy y cols., 2008). Otras preguntas que se han investigado son si hay variantes de algunos trastornos, que pueden no ser capturados por completo por la CIDI, dentro de determinadas culturas (Tseng, 2006).

Otra consideración metodológica importante para comparaciones transnacionales es si la exactitud y los umbrales de diagnósticos efectuados, utilizando instrumentos como la CIDI, difieren entre distintos países (Chang y cols., 2008). Los conceptos y la redacción específicos de países empleados para describir constructos psicopatológicos podría incidir de manera sustancial en la fiabilidad y validez de los diagnósticos. Además, en países en los que puede haber limitaciones para hablar con libertad o en los que no ha habido ninguna experiencia en encuestas anónimas de opinión púbica, los participantes pueden dudar en corroborar síntomas de trastornos mentales. La exactitud de los diagnósticos también podría depender, crucialmente, del rigor con el que se traducen las encuestas y se controla la calidad, y se limpian y codifican los datos, así como de otros aspectos importantes de la implementación de las encuestas. Que se haya observado buena concordancia, en estudios de revaluación clínica de la Encuesta Mundial de Salud Mental, entre los diagnósticos de la CIDI y los diagnósticos efectuados en nuevas entrevistas clínicas enmascaradas, suministra cierta tranquilidad sobre la exactitud diagnóstica de los resultados de la Encuesta Mundial de Salud Mental en algunos países. De todos modos, es importante recordar que estos estudios de revaluación clínica se limitaron, en gran medida, a países occidentales desarrollados. De hecho, la observación de que los países con las mínimas tasas de prevalencia también tuvieron las máximas proporciones de encuestados tratados que fueron clasificados como casos subumbral aporta algunas indicaciones de que los trastornos mentales pueden haber sido subestimados en estos países. Para encarar de manera más definitiva estas cuestiones y efectuar posibles revisiones futuras de la metodología de la Encuesta Mundial de Salud Mental, se emprendieron estudios de revaluación clínica que examinan las diferencias transnacionales de exactitud de los diagnósticos de la CIDI en países de todas las regiones del mundo y de todos los niveles de desarrollo económico.

Como se mencionó antes, evaluar la prevalencia y la gravedad de los trastornos mentales ha representado un desafío importante en encuestas transnacionales. En parte para que los encargados de implementar políticas puedan saber cuántos casos no tratados requieren servicios de salud mental, la CIDI de la Encuesta Mundial de

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

Salud Mental incluye medidas estándares de la gravedad de trastornos mentales específicos. Todas las Encuestas Mundiales de Salud Mental también contienen medidas de discapacidad, por ejemplo, medidas de funcionamiento global como el Cuestionario de Evaluación de Discapacidad de la OMS (WHODAS; Organización Mundial de la Salud, 1998), así como medidas de discapacidad específicas del trastorno, como la Escala de Discapacidad de Sheehan (Leon y cols., 1997).

Evaluación del tratamiento y la adecuación del tratamiento entre distintos países

Las consideraciones metodológicas importantes para la evaluación transnacional de uso de servicios de salud mental son reconocer la tremenda variación de lo que constituye tratamiento de salud mental tanto dentro de países como entre estos. Las fuentes de esta variación son el amplio espectro de médicos de los que los pacientes pueden recibir tratamientos de salud mental, incluidos médicos generales, como internistas y médicos de familia; especialistas en salud mental, como psiquiatras y neurólogos conductistas; y otros médicos especialistas, como tocoginecólogos. Las modalidades terapéuticas específicas empleadas por estos médicos, como farmacoterapia y terapia de charla, también pueden diferir según la especialización y capacitación de los médicos. Considerable variación adicional proviene del amplio espectro de otros profesionales que ofrecen servicios de salud mental, que incluye especialistas en salud mental, como psicólogos, consejeros matrimoniales y de familia; asistentes sociales orientados a psiquiatría; personal de recursos humanos, como trabajadores de casos de recursos humanos; consejeros religiosos y espirituales; y prestadores de medicina alternativa, como sanadores tradicionales, acupunturistas y moderadores de grupos de autoayuda. Para capturar de manera sistemática este rango de posibles fuentes de tratamiento y posibilitar comparaciones transnacionales, la Encuesta Mundial de Salud Mental ha empleado un módulo extenso y estandarizado sobre servicios de salud mental y farmacoterapia.

Otro objetivo de la Encuesta Mundial de Salud Mental ha sido evaluar la oportunidad, la intensidad y la adecuación de los tratamientos. Al esclarecer los patrones y correlatos de no recibir ningún tratamiento, recibirlo sólo después de largas demoras o recibir tratamiento que no cumple con las recomendaciones de las pautas de práctica basadas en la evidencia, los investigadores y los responsables de implementar políticas verán cómo desarrollar y dirigir mejor las intervenciones para encarar las necesidades no satisfechas de tratamiento eficaz.

Resultados de la Iniciativa de Encuesta Mundial de Salud Mental

Trastornos mentales durante la vida

Los resultados que surgen de la Iniciativa de Encuesta Mundial de Salud Mental respecto de la aparición de trastornos mentales a lo largo de la vida de los encues-

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

tados indican que estas experiencias son bastante comunes entre distintos países. La fracción de encuestados con por lo menos un trastorno durante la vida superó un tercio en cinco de los países de la Encuesta Mundial de Salud Mental (Colombia, Francia, Nueva Zelanda, Ucrania y Estados Unidos), un cuarto en otros seis países (Bélgica, Alemania, Líbano, México, Países Bajos y Sudáfrica) y un sexto en otros cuatro países (Israel, Italia, Japón, España), como se puede observar en el cuadro 11-1. Se observaron prevalencias durante la vida más bajas en los dos países restantes, China (Beijing/Shangai) y Nigeria, aunque cierta evidencia sugiere que sesgos metodológicos pueden haber reducido las estimaciones de prevalencia (Gureje y cols., 2006; Shen y cols., 2006).

La prevalencia durante la vida en la Encuesta Mundial de Salud Mental respecto de las cuatro clases específicas de diagnósticos estudiados indicó que las cuatro clases con preocupaciones sanitarias son significativas en todo el mundo. En 10 países encuestados, la clase de mayor prevalencia correspondió a los trastornos de ansiedad; los trastornos del estado de ánimo fueron los de mayor prevalencia en todos los países restantes de la Encuesta Mundial de Salud Mental, excepto uno. En los países que tenían encuestas que contenían evaluaciones relativamente completas de trastornos de control de los impulsos, esta clase de diagnósticos fue, en general, de menor prevalencia; en la mayor parte del resto, los trastornos por consumo de sustancias fueron, generalmente, los menos prevalentes. Sin embargo, es importante señalar que las estimaciones de las tasas de trastornos por consumo de sustancias pueden haber descendido porque las encuestas de los países de Europa occidental no evaluaron abuso ni dependencia de drogas ilícitas; asimismo, las estimaciones de la prevalencia durante la vida de trastornos por consumo de sustancias pueden haber disminuido porque se requería la presencia de abuso para evaluar dependencia de sustancias (Hasin y Grant, 2004).

En la mayoría de los países de la Encuesta Mundial de Salud Mental, muchos encuestados presentaban más de un trastorno mental durante la vida. Así, por ejemplo, la suma de las estimaciones de prevalencia de las cuatro clases distintas de trastornos fue del 30 al 50% más alta que las estimaciones de prevalencia de algún trastorno durante la vida, entre los países encuestados.

Los datos de la Encuesta Mundial de Salud Mental sobre la aparición durante la vida de trastornos mentales también revelaron la sorprendente consistencia entre los países en las edades típicas de comienzo de los trastornos. Las distribuciones estandarizadas de edad de comienzo indicaron que, por lo general, los trastornos de control de los impulsos son los que tienen una mediana de edad de comienzo más temprana, que varía de 7 a 9 años para el trastorno por déficit de atención/hiperactividad, de 7 a 15 para el trastorno oposicionista desafiante, de 9 a 14 para el trastorno de conducta y de 13 a 21 para el trastorno explosivo intermitente. En los trastornos de ansiedad, las edades de comienzo parecieron distribuirse de una manera más bimodal, con edades muy tempranas (mediana, 7-14 años) para las fobias y el trastorno de ansiedad de separación y más tardías (mediana, 24-50 años) para el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de angustia (*panic disorder*) y el trastorno por estrés postraumático. En los trastornos del estado de ánimo, las edades de comienzo variaron, habitualmente, entre fines de la tercera década de la vida y principios de la quinta década (mediana de edad,

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

29-43 años). Las edades de comienzo de los trastornos por consumo de sustancias variaron de manera considerable entre los distintos países de la Encuesta Mundial de Salud Mental; sin embargo, un patrón consistente observado entre las encuestas fue que relativamente pocas edades de comienzo eran previas a la mitad de la adolescencia, pero que sí aumentaban con rapidez de ahí en adelante en la adolescencia y etapas tempranas de la adultez.

Un resultado final concerniente a los trastornos de salud mental durante la vida en la Encuesta Mundial de Salud Mental, que confirma investigación transnacional previa, es el hallazgo bastante consistente de que el riesgo durante la vida parece ser máximo en las cohortes más recientes (Consorcio Internacional de Epidemiología Psiquiátrica de la Organización Mundial de la Salud, 2000). Los resultados de los análisis de supervivencia realizados con datos de la Encuesta Mundial de Salud Mental mostraron que los riesgos relativos de trastornos de ansiedad, del estado de ánimo y por consumo de sustancias suelen ser más altas en cohortes recientes que en otras mayores; en cambio, estos efectos de cohortes no se detectaron en los trastornos de control de los impulsos (resultados no presentados, pero disponibles si se los solicita).

No solicitar ayuda o demorar en hacerlo después de la aparición de trastornos mentales

En el cuadro 11-2 se presentan las proporciones de casos de trastornos de ansiedad durante la vida en los que los encuestados efectuaron el contacto terapéutico en el año de comienzo del trastorno. Estas proporciones variaron del 0,8% en Nigeria al 36,4% en Israel. La proporción de casos de trastornos de ansiedad durante la vida en los que los encuestados efectuaron el contacto terapéutico a los 50 años de edad varió del 15,2% en Nigeria al 95,0% en Alemania. Entre esos casos de trastornos mentales durante la vida en los que los encuestados efectuaron, finalmente, el contacto terapéutico, la mediana de demora en general fue más prolongada en países en desarrollo que en países desarrollados, y varió de 3,0 años en Israel a 30,0 años en México.

Específicamente, para los casos de trastornos del estado de ánimo durante la vida, la proporción de encuestados que realizó el contacto terapéutico inicial en el año de comienzo osciló entre 6,0% en Nigeria y China, y 52,1% en los Países Bajos (cuadro 11-3). A los 50 años de edad, la proporción de casos de trastornos del estado de ánimo en los que los encuestados habían realizado contacto terapéutico varió del 7,9% en China al 98,6% en Francia. La mediana de demoras entre los casos de trastornos del estado de ánimo en los que los encuestados realizaron, finalmente, contacto terapéutico varió de un año en cinco países (es decir, Bélgica, Países Bajos, España, China y Japón) a 14 años en México.

Para casos de trastornos por consumo de sustancias durante la vida, la proporción de encuestados que efectuó contacto terapéutico en el año de comienzo del trastorno varió de 0,9% en México a 18,6% en España (véase cuadro 11-4). La proporción de casos durante la vida de trastornos por consumo de sustancias en los que los encuestados realizaron tratamiento a los 50 años de edad varió del 19,8% en Nigeria al 86,1% en Alemania. La mediana de demoras para casos de tras-

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

CUADRO 11-1. Prevalencia durante la vida y riesgo proyectado durante la vida, hasta los 75 años de edad, de los trastornos del DSM-IV-TR/CIDI

	Cualquier trastorno de ansiedad					Cualquier trastorno del estado de ánimo				
	Previo			Riesgo proyectado durante la vida		Previo			Riesgo proyectado durante la vida	
	%	*n*[a]	EE	%	EE	%	*n*[a]	EE	%	EE
Oficina Regional de la OMS para las Américas										
Colombia	25,3	948	1,4	30,9	2,5	14,6	666	0,7	27,2	2,0
México	14,3	684	0,9	17,8	1,6	9,2	598	0,5	20,4	1,7
Estados Unidos	31,0	2.692	1,0	36,0	1,4	21,4	2.024	0,6	31,4	0,9
Oficina Regional de la OMS para África										
Nigeria	6,5	169	0,9	7,1	0,9	3,3	236	0,3	8,9	1,2
Sudáfrica	15,8	695	0,8	30,1	4,4	9,8	439	0,7	20,0	2,4
Oficina Regional de la OMS para el Mediterráneo Oriental										
Líbano	16,7	282	1,6	20,2	1,8	2,6	352	0,9	20,1	1,2
Oficina Regional de la OMS para Europa										
Bélgica	13,1	219	1,9	15,7	2,5	14,1	367	1,0	22,8	1,7
Francia	22,3	445	1,4	26,0	1,6	21,0	648	1,1	30,5	1,4
Alemania	14,6	314	1,5	16,9	1,7	9,9	372	0,6	16,2	1,3
Israel	5,2	252	0,3	10,1	0,9	10,7	524	0,5	21,2	1,6
Italia	11,0	328	0,9	13,7	1,2	9,9	452	0,5	17,3	1,2
Países Bajos	15,9	320	1,1	21,4	1,8	17,9	476	1,0	28,9	1,9
España	9,9	375	1,1	13,3	1,4	10,6	672	0,5	20,8	1,2
Ucrania	10,9	371	0,8	17,3	2,0	15,8	814	0,8	25,9	1,5
Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental										
República Popular China	4,8	159	0,7	6,0	0,8	3,6	185	0,4	7,3	0,9
Japón	6,9	155	0,6	9,2	1,2	7,6	183	0,5	14,1	1,7
Nueva Zelanda	24,6	3.171	0,7	30,3	1,5	20,4	2.755	0,5	29,8	0,7

Nota: CIDI, Composite Internacional Diagnostic Interview (Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta); OMS, Organización Mundial de la Salud.

[a] Las aquí comunicadas son las cifras de encuestados con los trastornos indicados en el encabezamiento de la columna. En el caso de trastornos de ansiedad y por consumo de sustancias, los denominadores son los números de encuestados de la muestra de la Parte 2. En el caso de los trastornos del estado de ánimo, los denominadores son los números de encuestados de la muestra de la Parte 1. En el caso de trastornos de control de los impulsos y cualquier trastorno, los denominadores son los números de encuestados de 44 años de edad de la muestra de la Parte 2.

[b] *Riesgo proyectado durante la vida hasta los 65 años de edad*, debido a que la muestra sólo incluyó encuestados de hasta 65 años.

[c] El tamaño de la celda era demasiado pequeño para que se la incluyera en el análisis.

[d] Trastornos de control de los impulsos no evaluados.

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

Cualquier trastorno de control de los impulsos					Cualquier trastorno por consumo de sustancias					Cualquier trastorno				
Previo			Riesgo proyectado durante la vida		Previo			Riesgo proyectado durante la vida		Previo			Riesgo proyectado durante la vida	
%	*n*[a]	EE	%	EE	%	*n*[a]	EE	%	EE	%	*n*[a]	EE	%	EE
9,6	273	0,8	10,3	0,9	9,6	345	0,6	12,8	1,0	39,1	1.432	1,3	55,2[b]	6,0
5,7	152	0,6	5,7	0,6	7,8	378	0,5	11,9	1,0	26,1	1.148	1,4	36,4[b]	2,1
25,0	1.051	1,1	25,6	1,1	14,6	1.144	0,6	17,4	0,6	47,4	3.929	1,1	55,3	1,2
0,3	9	0,1	—[c]	—	3,7	119	0,4	6,4	1,0	12,0	440	1,0	19,5	1,9
—[d]	—	—	—	—	13,3	505	0,9	17,5	1,2	30,3	1.290	1,1	47,5	3,7
4,4	53	0,9	4,6	1,0	2,2	27	0,8	—	—[c]	25,8	491	1,9	32,9	2,1
5,2	31	1,4	5,2	1,4	8,3	195	0,9	10,5	1,1	29,1	519	2,3	37,1	3,0
7,6	71	1,3	7,6	1,3	7,1	202	0,5	8,8	0,6	37,9	847	1,7	47,2	1,6
3,1	31	0,8	3,1	0,8	6,5	228	0,6	8,7	0,9	25,2	573	1,9	33,0	2,5
—[d]	—	—	—	—	5,3	261	0,3	6,3	0,4	17,6	860	0,6	29,7	1,5
1,7	27	0,4	—[c]	—	1,3	56	0,2	1,6	0,3	18,1	612	1,1	26,0	1,9
4,7	37	1,1	4,8	1,1	8,9	210	0,9	11,4	1,2	31,7	633	2,0	42,9	2,5
2,3	40	0,8	2,3	0,8	3,6	180	0,4	4,6	0,5	19,4	842	1,4	29,0	1,8
8,7	91	1,1	9,7	1,3	15,0	293	1,3	18,8	1,7	36,1	1.074	1,5	48,9	2,5
4,3	37	0,9	4,9	0,9	4,9	128	0,7	6,1	0,8	13,2	419	1,3	18,0	1,5
2,8	11	1,0	—[c]	—	4,8	69	0,5	6,2	0,7	18,0	343	1,1	24,4	1,8
—[d]	—	—	—	—	12,4	1.767	0,4	14,6	0,5	39,3	4.815	0,9	48,6	1,5

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

CUADRO 11-2. Proporción de contactos para solicitar tratamiento en el año de comienzo de cualquier trastorno de ansiedad y mediana de demora entre los casos en los que los encuestados realizaron con ulterioridad contacto para solicitar tratamiento

	Contacto para solicitar tratamiento en el año de comienzo, % (EE)	Contacto para solicitar tratamiento a los 50 años, % (EE)	Mediana de demora en años, % (EE)
Oficina Regional de la OMS para las Américas			
Colombia	2,9 (0,6)	41,6 (3,9)	26,0 (1,5)
México	3,6 (1,1)	53,2 (18,2)	30,0 (5,1)
Estados Unidos	11,3 (0,7)	87,0 (2,4)	23,0 (0,6)
Oficina Regional de la OMS para África			
Nigeria	0,8 (0,5)	15,2 (2,6)	16,0 (4,2)
Oficina Regional de la OMS para el Mediterráneo Oriental			
Líbano	3,2 (1,1)	37,3 (11,5)	28,0 (3,9)
Oficina Regional de la OMS para Europa			
Bélgica	19,8 (2,8)	84,5 (4,9)	16,0 (3,5)
Francia	16,1 (1,8)	93,3 (1,9)	18,0 (1,8)
Alemania	13,7 (1,8)	95,0 (2,3)	23,0 (2,3)
Israel	36,4 (0,9)	90,7 (1,3)	3,0 (0,1)
Italia	17,1 (2,1)	87,3 (8,5)	28,0 (2,2)
Países Bajos	28,0 (3,7)	91,1 (2,8)	10,0 (1,6)
España	23,2 (2,0)	86,6 (5,2)	17,0 (3,2)
Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental			
República Popular China	4,2 (2,0)	44,7 (7,2)	21,0 (3,1)
Japón	11,2 (2,4)	63,1 (6,2)	20,0 (2,4)
Nueva Zelanda	12,5 (0,8)	84,2 (2,5)	21,0 (0,8)

Nota: OMS, Organización Mundial de la Salud.

tornos por consumo de sustancias durante la vida en la que los encuestados realizaron, en última instancia, contacto terapéutico varío de 6,0 años en España a 18,0 años en Bélgica.

En los trastornos de ansiedad durante la vida, el sexo femenino mostró una asociación significativa con mayor probabilidad de efectuar el contacto terapéutico inicial en cuatro países (Francia, Alemania, Nueva Zelanda y Estados Unidos; resultados no presentados, pero disponibles si se los solicita). Hubo relaciones significativas, en general monotónicas, entre pertenecer a cohortes más jóvenes y probabilidades más altas de contacto terapéutico en todos los países, excepto dos (Líbano y México). En todos los países salvo uno (Israel), en los casos de trastor-

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

CUADRO 11-3. Proporción de contactos para solicitar tratamiento en el año de comienzo de cualquier trastorno del estado de ánimo y mediana de demora entre casos en los que los encuestados efectuaron con ulterioridad contacto para solicitar tratamiento

	Contacto para solicitar tratamiento en el año de comienzo, % (EE)	Contacto para solicitar tratamiento a los 50 años, % (EE)	Mediana de demora en años, % (EE)
Oficina Regional de la OMS para las Américas			
Colombia	18,7 (2,7)	66,6 (3,7)	9,0 (1,6)
México	16,0 (2,2)	69,9 (8,5)	14,0 (3,1)
Estados Unidos	35,4 (1,2)	94,8 (2,5)	4,0 (0,2)
Oficina Regional de la OMS para África			
Nigeria	6,0 (1,7)	33,3 (7,2)	6,0 (3,3)
Oficina Regional de la OMS para el Mediterráneo Oriental			
Líbano	12,3 (2,0)	49,2 (5,2)	6,0 (2,1)
Oficina Regional de la OMS para Europa			
Bélgica[a]	47,8 (2,7)	93,7 (2,5)	1,0 (0,3)
Francia[a]	42,7 (2,1)	98,6 (1,4)	3,0 (0,3)
Alemania[a]	40,4 (3,8)	89,1 (5,0)	2,0 (0,4)
Israel[a]	31,9 (0,8)	92,7 (0,5)	6,0 (0,3)
Italia[a]	28,8 (3,0)	63,5 (5,9)	2,0 (0,5)
Países Bajos[a]	52,1 (2,9)	96,9 (1,7)	1,0 (0,3)
España[a]	48,5 (2,3)	96,4 (3,1)	1,0 (0,3)
Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental			
República Popular China	6,0 (2,2)	7,9 (2,6)	1,0 (2,0)
Japón	29,6 (4,0)	56,8 (7,3)	1,0 (0,7)
Nueva Zelanda	41,4 (1,3)	97,5 (1,0)	3,0 (0,2)

Nota: OMS, Organización Mundial de la Salud.
[a] Consideraron episodio de depresión mayor en lugar de cualquier trastorno del estado de ánimo.

nos de ansiedad durante la vida con edades de comienzo más tempranas, la probabilidad de realizar contacto terapéutico fue significativamente menor.

En tres países (México, Nueva Zelanda y Estados Unidos), ser mujer se asoció significativamente con probabilidades más altas de contacto terapéutico durante la vida por trastornos del estado de ánimo. Las probabilidades de contacto terapéutico durante la vida por trastornos del estado de ánimo fueron significativamente más altas entre las cohortes más jóvenes en todos los países, excepto cinco (China, Alemania, Italia, Japón y México). En casos de trastornos del estado de ánimo con

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

CUADRO 11-4. Proporción de contactos para solicitar tratamiento en el año de comienzo de cualquier trastorno por consumo de sustancias y mediana de demora entre los casos en los que los encuestados realizaron con ulterioridad el contacto para solicitar tratamiento

	Contacto para solicitar tratamiento en el año de comienzo, % (EE)	Contacto para solicitar tratamiento a los 50 años, % (EE)	Mediana de demora en años, % (EE)
Oficina Regional de la OMS para las Américas			
Colombia	3,6 (0,8)	23,1 (7,1)	11,0 (5,0)
México	0,9 (0,5)	22,1 (4,8)	10,0 (3,3)
Estados Unidos[a]	10,0 (0,8)	75,5 (3,8)	13,0 (1,2)
Oficina Regional de la OMS para África			
Nigeria[a]	2,8 (1,7)	19,8 (7,2)	8,0 (1,8)
Oficina Regional de la OMS para el Mediterráneo Oriental			
Líbano[a]	—[b]	—[b]	—[b]
Oficina Regional de la OMS para Europa			
Bélgica	12,8 (4,8)	61,2 (17,7)	18,0 (5,8)
Francia	15,7 (5,4)	66,5 (14,1)	13,0 (3,7)
Alemania	13,2 (5,7)	86,1 (8,6)	9,0 (3,9)
Israel	2,0 (0,5)	48,0 (2,4)	12,0 (0,5)
Italia[a]	—[b]	—[b]	—[b]
Países Bajos	15,5 (5,4)	66,6 (7,9)	9,0 (3,1)
España	18,6 (7,6)	40,1 (14,1)	6,0 (4,9)
Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental			
República Popular China[a]	2,8 (1,8)	25,7 (9,0)	17,0 (3,7)
Japón[a]	9,2 (5,1)	31,0 (7,8)	8,0 (4,6)
Nueva Zelanda	6,3 (0,8)	84,8 (15,4)	17,0 (1,3)

Nota: OMS, Organización Mundial de la Salud.
[a] Evaluado en la muestra de la Parte 2.
[b] Se omitió el trastorno como resultado de casos insuficientes (n <30).

edades de comienzo más tempranas, la probabilidad de que los encuestados realizaran contactos terapéuticos fue significativamente menor en todos los países, salvo dos (China y Nigeria)

En los trastornos por consumo de sustancias, las mujeres de Nueva Zelanda presentaron una probabilidad mucho mayor de efectuar contacto terapéutico inicial. Las probabilidades de contacto terapéutico inicial fueron significativamente mayores en cohortes más jóvenes en los 13 países, salvo cinco, en los que se examinó esta relación (China, Francia, Alemania, Países Bajos y Nigeria). En los casos de trastornos por consumo de sustancias con edades de comienzo más tempranas,

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

los encuestados tuvieron una probabilidad significativamente menor de efectuar contactos terapéuticos iniciales en los 13 países, salvo cinco, en los que se investigó esta relación (China, Francia, Japón, México y Nigeria).

Prevalencia y gravedad de trastornos mentales en 12 meses

Entre los encuestados, la prevalencia de cualquier trastorno mental en el año previo al estudiado varió del 6,0% en Nigeria al 27,0%, en los Estados Unidos (cuadro 11-5). La clase más común de trastornos en los últimos 12 meses correspondió a los de ansiedad en todos los países, salvo tres, con prevalencia del 3,0 al 19,0%. (En Israel, así como en Ucrania, los más comunes fueron los trastornos del estado de ánimo, mientras que los trastornos de control de los impulsos fueron los más comunes en China). En todos los países, excepto tres, los trastornos del estado de ánimo fueron la siguiente clase en orden de frecuencia. (Sudáfrica tuvo una prevalencia más alta de trastornos por consumo de sustancias, y China y Estados Unidos tuvieron prevalencias más altas de trastorno de control de los impulsos, que oscilaron entre 1,1 y 9,7%). Por lo general, las prevalencias en los últimos 12 meses de trastornos por consumo de sustancias (0,2-6,4%) y trastornos de control de los impulsos (0,1-10,5%) fueron más bajas en la mayoría de los países.

Las proporciones de casos que se pudieron clasificar como graves variaron de 12,8 a 36,8%; el 12,5-47,6% de los casos se pudieron clasificar como moderados, y el 28,0-74,7%, como leves (cuadro 11-6). Se observaron asociaciones positivas entre la prevalencia global de cualquier trastorno en los últimos 12 meses y la proporción de casos clasificados como graves (r de Pearson = 0,46; $p < 0,001$) y la proporción de casos clasificados como graves o moderados (r de Pearson = 0,77; $p < 0,001$).

Uso de servicios durante los 12 meses previos a la encuesta

Entre los encuestados, la prevalencia de uso de cualquier servicio de salud mental durante los 12 meses previos varió ampliamente: del 1,6% en Nigeria al 17,9%, en los Estados Unidos y, en general, se registraron proporciones más bajas en países en desarrollo que en países desarrollados (cuadro 11-7), así como en países que invertían menos en atención médica en general (cuadro 11-8). En la mayoría de los países, hubo una mayor proporción que recurrió al sector médico general que a sectores especializados en salud mental; sin embargo, en tres países (México, Colombia e Israel), esta situación fue la inversa. Por lo general, proporciones más pequeñas de encuestados utilizaron los servicios humanos y sectores médicos complementarios y alternativos.

Se observaron relaciones significativas, en general monotónicas, entre la gravedad de los trastornos en los últimos 12 meses y la probabilidad de uso de servicios durante el mismo período en todos los países, excepto China (Cuadro 11-9).

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

CUADRO 11-5. Prevalencia en los últimos 12 meses de trastornos de la CIDI/DSM-IV

	Ansiedad, % (EE)	Estado de ánimo, % (EE)	Control de los impulsos,[a] % (EE)	Sustancia, % (EE)	Cualquiera, % (EE)
Oficina Regional de la OMS para las Américas					
Colombia	14,4 (1,0)	7,0 (0,5)	4,4 (0,4)	2,8 (0,4)	21,0 (1,0)
México	8,4 (0,6)	4,7 (0,3)	1,6 (0,3)[b]	2,3 (0,3)	13,4 (0,9)
Estados Unidos	19,0 (0,7)	9,7 (0,4)	10,5 (0,7)	3,8 (0,4)	27,0 (0,9)
Oficina Regional de la OMS para África					
Nigeria	4,2 (0,5)	1,1 (0,1)	0,1 (0,0)[c,d]	0,9 (0,2)	6,0 (0,6)
Sudáfrica	8,2 (0,6)[e,f]	4,9 (0,4)[g]	1,9 (0,3)[c,d,h]	5,8 (0,5)	16,7 (1,0)
Oficina Regional de la OMS para el Mediterráneo Oriental					
Líbano	12,2 (1,2)	6,8 (0,7)	2,6 (0,7)[d]	1,3 (0,8)	17,9 (1,7)
Oficina Regional de la OMS para Europa					
Bélgica	8,4 (1,4)	5,4 (0,5)[g]	1,7 (1,0)[b]	1,8 (0,4)[i]	13,2 (1,5)
Francia	13,7 (1,1)	6,5 (0,6)[g]	2,4 (0,6)[b]	1,3 (0,3)[i]	18,9 (1,4)
Alemania	8,3 (1,1)	3,3 (0,3)[g]	0,6 (0,3)[b]	1,2 (0,2)[i]	11,0 (1,3)
Israel	3,6 (0,3)[e,f]	6,4 (0,4)	— (—)[b,c,d,h]	1,3 (0,2)	10,0 (0,5)
Italia	6,5 (0,6)	3,4 (0,3)[g]	0,4 (0,2)[b]	0,2 (0,1)[i]	8,8 (0,7)
Países Bajos	8,9 (1,0)	5,1 (0,5)[g]	1,9 (0,7)[b]	1,9 (0,3)[i]	13,6 (1,0)
España	6,6 (0,9)	4,4 (0,3)[g]	0,5 (0,2)[b]	0,7 (0,2)[i]	9,7 (0,8)
Ucrania	6,8 (0,7)[e,f]	9,0 (0,6)[g]	5,7 (1,0)[c,d]	6,4 (0,8)	21,4 (1,3)

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

CUADRO 11-5. Prevalencia en los últimos 12 meses de trastornos de la CIDI/DSM-IV *(cont.)*

	Ansiedad, % (EE)	Estado de ánimo, % (EE)	Control de los impulsos,[a] % (EE)	Sustancia, % (EE)	Cualquiera, % (EE)
Oficina Regional de la OMS de los países del Pacífico Occidental					
República Popular China	3,0 (0,5)	1,9 (0,3)	3,1 (0,7)[c,d]	1,6 (04)	7,1 (0,9)
Japón	4,2 (0,6)[e]	2,5 (0,4)	0,2 (0,1)[c,d,h]	1,2 (0,4)	7,4 (0,9)
Nueva Zelanda	15,0 (0,5)[e]	8,0 (0,4)	— (—)[b,c,d,h]	3,5 (0,2)	20,7 (0,6)

Nota: Los trastornos de ansiedad comprenden agorafobia, trastorno de ansiedad por separación en adultos, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de angustia, trastorno por estrés postraumático, fobia social y fobia específica. Los trastornos del estado de ánimo comprenden trastornos bipolares, distimia y trastorno depresivo mayor. Los trastornos de control de los impulsos comprenden trastorno explosivo intermitente y persistencia comunicada, en los últimos 12 meses de síntomas de tres trastornos de niños o adolescentes (trastorno por déficit de atención/hiperactividad, trastorno de conducta y trastorno por oposición desafiante). Los trastornos por sustancias incluyen abuso de alcohol o drogas, con dependencia o sin ella. En caso de dependencia de sustancias, se considera que los encuestados que cumplieron todos los criterios en algún momento de su vida y que siguen presentando algún síntoma tienen dependencia en los últimos 12 meses, aunque no cumplan en la actualidad todos los criterios del trastorno. Se efectuaron las exclusiones orgánicas especificadas en el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000).

CIDI, Composite Internacional Diagnostic Interview (Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta); OMS, Organización Mundial de la Salud.

[a] Trastornos de control de los impulsos limitados a personas de 39 años y menores (China, Ucrania, Nigeria) o a personas de 44 años y menores (todos los demás países).

[b] No se evaluó el trastorno explosivo intermitente.

[c] No se evaluó trastorno por déficit de atención/hiperactividad.

[f] No se evaluó fobia específica.

[g] No se evaluaron trastornos bipolares.

[h] No se evaluó el trastorno de conducta.

[i] Sólo se evaluó el abuso de alcohol con dependencia o no. No se evaluó el abuso de otras drogas, con dependencia o sin ella.

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

CUADRO 11-6. Prevalencia de trastornos de la CIDI/DSM-IV durante los últimos 12 meses según la gravedad en distintos países

	Graves, % (EE)	Moderados, % (EE)	Leves, % (EE)
Oficina Regional de la OMS para las Américas			
Colombia	23,1 (2,1)	41,0 (2,6)	35,9 (2,1)
México	25,7 (2,4)	33,9 (2,2)	40,5 (2,6)
Estados Unidos	25,2 (1,4)	39,2 (1,2)	35,7 (1,4)
Oficina Regional de la OMS para África			
Nigeria	12,8 (3,8)	12,5 (2,6)	74,7 (4,2)
Sudáfrica	25,7 (1,8)	31,5 (2,2)	42,8 (2,2)
Oficina Regional de la OMS para el Mediterráneo Oriental			
Líbano	22,4 (3,1)	42,6 (4,7)	35,0 (5,5)
Oficina Regional de la OMS para Europa			
Bélgica	31,8 (4,2)	37,8 (3,3)	30,4 (4,8)
Francia	18,5 (2,5)	42,7 (3,0)	38,8 (3,6)
Alemania	21,3 (2,5)	42,6 (4,6)	36,1 (4,3)
Israel	36,8 (2,4)	35,2 (2,3)	28,0 (2,1)
Italia	15,9 (2,7)	47,6 (3,8)	36,5 (3,9)
Países Bajos	30,7 (3,4)	31,0 (3,7)	38,3 (4,6)
España	19,3 (2,4)	42,3 (4,0)	38,4 (4,7)
Ucrania	22,9 (1,8)	39,4 (2,9)	37,7 (3,5)
Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental			
República Popular China	13,8 (3,7)	32,2 (4,9)	54,0 (4,6)
Japón	13,2 (3,1)	45,5 (5,3)	41,3 (4,6)
Nueva Zelanda	25,3 (1,0)	40,8 (1,4)	33,9 (1,2)

Nota: CIDI, Composite Internacional Diagnostic Interview (Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta); OMS, Organización Mundial de la Salud.

La proporción de casos en la que los encuestados emplearon servicios durante los 12 meses previos generalmente fue más baja en países en desarrollo que en países desarrollados para todas las categorías de gravedad. No obstante, en términos absolutos, sólo del 11,0% de los encuestados con casos graves de China al 62,1% de los encuestados con casos graves de Bélgica recibieron algún tratamiento en estos 12 meses. En casos moderados y leves, la proporción de encuestados que habían utilizado servicios en los últimos 12 meses fue, en general, aun más baja. La proporción de encuestados que no cumplía los criterios de trastornos mentales en los últimos 12 meses pero había utilizado servicios en ese período varió del 1,0% en Nigeria al 13,4% en Sudáfrica.

Otros hallazgos de la Encuesta Mundial de Salud Mental, que sugieren que los recursos de tratamiento pueden no estar siendo distribuidos como fueron asignados, son los que surgen de los análisis de la relación entre la gravedad del tras-

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

torno y el uso del sector especializado en salud mental (resultados no mostrados, pero disponibles si se los solicita). Sólo hubo relaciones significativas entre la gravedad y el uso de servicios en los últimos 12 meses en seis países de la Encuesta Mundial de Salud Mental, e incluso en estos, proporciones significativas de encuestados que presentaban casos leves o que no eran casos recibieron tratamientos de sectores especializados en salud mental.

Entre los encuestados que iniciaron tratamientos, la proporción que recibió después alguna atención de seguimiento varió del 70,2% en Alemania al 94,5% en Italia (Cuadro 11-10). Por lo general, proporciones más pequeñas de encuestados recibieron alguna atención de seguimiento en países de ingresos bajos y medios que en países de altos ingresos. Si bien se observaron relaciones estadísticamente significativas entre la gravedad de los trastornos mentales y la proporción de encuestados que recibieron alguna atención de seguimiento en siete países, todos los países mostraron proporciones significativas tanto de casos graves en los que los encuestados no recibieron ningún tipo de atención de seguimiento como de encuestados que, en apariencia, no representaban casos que sí recibieron atención.

Entre los encuestados que utilizaron servicios, las proporciones que recibieron tratamientos que cumplían una definición para que fueran por lo menos potencialmente adecuados oscilaron entre 10,4% en Nigeria y 42,3% en Francia (Cuadro 11-11). También en este caso, los países de ingresos más bajos solían tener proporciones más pequeñas que los países de ingresos más altos (una notable excepción a este patrón fue Estados Unidos, donde la proporción era del 18,1%). Solo en cinco países se detectaron relaciones estadísticamente significativas entre la gravedad de los trastornos y la proporción de encuestados que recibieron tratamiento mínimamente adecuado; otra vez, todos los países mostraron porcentajes significativos de encuestados con casos graves sin tratamiento mínimamente adecuado y encuestados que, en apariencia, no representaban casos que sí lo recibieron.

Conclusión

Cuando se interpretan los resultados de la Encuesta Mundial de Salud Mental, es importante recordar algunas posibles limitaciones. La información acerca del uso de servicios de salud mental y trastornos mentales durante la vida se evaluó por medio del recuerdo de los encuestados, que puede ser inexacto o disminuir la exactitud a medida que el período recordado se prolonga (Jenkins y cols., 1997; Shiffman y cols., 2008; Stone y Broderick, 2007). Por esta razón, en general, la Encuesta Mundial de Salud Mental se ha centrado en reunir información que puede ser menos vulnerable al sesgo por recuerdo (p. ej., eventos recordados con menor frecuencia o en forma más vívida, como intentos de suicidio previos u hospitalizaciones psiquiátricas) a lo largo de períodos más prolongados. Además, en general, se reservaron preguntas más detalladas acerca de experiencias pasadas para recuerdos de períodos más próximos, mientras que se interrogó con mínimo detalle acerca de experiencias durante toda la vida.

Casi todas las encuestas son transversales, y la Encuesta Mundial de Salud Mental no suele ser útil para identificar tendencias temporales. Por esta razón,

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

CUADRO 11-7. Uso de servicios en los últimos 12 meses por sectores en la Encuesta Mundial de Salud Mental

				Entre los encuestados[a]												
	Cualquier tratamiento			Especialidad en salud mental			Medicina general			Servicios humanos			MCA		
País	*n*	%	EE	*n*	%	EE	*n*	%	EE	*n*	%	EE	*n*	%	EE
Oficina Regional de la OMS para las Américas															
Colombia	217	5,5	0,6	126	3,0	0,4	82	2,3	0,4	19	0,5	0,2	10	0,2	0,1
México	240	5,1	0,5	121	2,8	0,3	92	1,7	0,3	15	0,3	0,1	45	1,0	0,2
Estados Unidos	1.477	17,9	0,7	738	8,8	0,5	773	9,3	0,4	266	3,4	0,3	247	2,8	0,2
Oficina Regional de la OMS para África															
Nigeria	57	1,6	0,3	5	0,1	0,1	42	1,1	0,2	14	0,5	0,2	1	0,0	0,0
Sudáfrica	675	15,4	1,0	108	2,5	0,4	440	10,2	0,8	169	3,7	0,4	161	3,7	0,3
Oficina Regional de la OMS para el Mediterráneo Oriental															
Líbano	77	4,4	0,6	18	1,0	0,3	53	2,9	0,5	11	0,8	0,3	0	0,0	0,0
Oficina Regional de la OMS para Europa															
Bélgica	187	10,9	1,4	96	5,2	0,7	147	8,2	1,3	6	0,4	0,2	12	0,7	0,3
Francia	272	11,3	1,0	111	4,4	0,5	214	8,8	0,9	10	0,4	0,2	9	0,5	0,3
Alemania	183	8,1	0,8	100	3,9	0,6	102	4,2	0,6	16	1,0	0,4	15	0,6	0,2
Israel	421	8,8	0,4	215	4,4	0,3	169	3,6	0,3	71	1,6	0,2	42	0,8	0,1
Italia	141	4,3	0,4	55	2,0	0,3	107	3,0	0,3	15	0,4	0,1	4	0,1	0,0
Países Bajos	202	10,9	1,2	105	5,5	1,0	141	7,7	1,1	14	0,6	0,2	27	1,5	0,4
España	375	6,8	0,5	200	3,6	0,4	249	4,4	0,4	11	0,1	0,1	20	0,2	0,1
Ucrania	212	7,2	0,8	39	1,2	0,3	135	4,0	0,7	47	1,7	0,4	29	1,0	0,3
Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental															
República Popular China	74	3,4	0,6	19	0,6	0,2	41	2,3	0,5	6	0,3	0,1	18	0,7	0,3
Japón	92	5,6	0,9	43	2,4	0,5	47	2,8	0,5	8	0,8	0,5	13	0,6	0,2
Nueva Zelanda	1.592	13,8	0,5	585	5,2	0,3	1.122	9,2	0,4	203	1,6	0,2	265	2,6	0,3
χ^2_{16}	764,6* (< 0,001)			679,6* (< 0,001)			732,2* (< 0,001)			262,9* (< 0,001)			388,0* (< 0,001)		

Nota: MCA, medicina complementaria y alternativa; OMS, Organización Mundial de la Salud.

* Significativo en el nivel 0,05; prueba bilateral.

[a] Los porcentajes entre los encuestados se basan en las muestras de toda la Parte 2.

[b] Los porcentajes se basan en los encuestados que utilizaron servicios en los últimos 12 meses.

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

Entre encuestados que utilizaron servicios[b]

Especialidad en salud mental			Medicina general			Recursos humanos			MCA		
n	%	EE	*n*	%	EE	*n*	%	EE	*n*	%	EE
126	53,4	4,8	82	41,7	5,1	19	9,2	2,8	10	3,7	1,4
121	53,6	4,2	92	33,1	4,0	15	6,2	2,0	45	20,0	3,4
738	48,8	1,7	773	51,8	1,3	266	18,8	1,1	247	15,6	1,0
5	8,3	3,7	42	66,6	10,1	14	30,9	10,2	1	1,1	1,1
108	16,3	2,2	440	66,4	2,5	169	24,0	1,9	161	23,8	2,1
18	22,3	5,7	53	66,6	7,4	11	17,5	6,1	0	0,0	0,0
96	47,9	4,4	147	75,5	3,8	6	3,7	1,8	12	6,5	2,9
111	39,4	3,6	214	78,4	3,3	10	3,4	1,2	9	4,3	2,1
100	48,5	4,8	102	51,7	5,1	16	12,2	4,5	15	7,4	2,5
215	50,5	2,6	169	40,4	2,6	71	18,0	2,0	42	9,6	1,5
55	47,1	5,1	107	70,9	4,8	15	9,1	2,4	4	1,5	0,7
105	51,0	6,0	141	71,2	6,1	14	5,4	1,6	27	13,5	3,8
200	52,2	3,6	249	64,9	3,4	11	2,1	0,8	20	3,5	1,0
39	17,2	3,8	135	55,4	7,1	47	24,1	5,1	29	14,4	4,0
19	18,0	5,9	41	68,5	6,8	6	7,4	3,8	18	21,2	7,3
43	42,5	5,5	47	50,2	8,2	8	15,0	6,7	13	11,1	4,7
585	37,6	1,8	1.122	66,5	1,8	203	11,5	1,1	265	19,0	1,7
232,4* (<0,001)			207,3* (< 0,001)			201,8* (< 0,001)			223,1* (< 0,001)		

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

algunos países de la Encuesta Mundial de Salud Mental tienen encuestas de tendencia agregadas (es decir, nuevas muestras para investigar cambios en la población de estudio), encuestas de panel (es decir, encuestas reiteradas a los mismos encuestados para estudiar cambios intrapersonales) o encuestas mixtas de tendencia y panel. Sin embargo, aun en países donde sólo se efectuaron encuestas transversales, otras características pueden permitir extraer algunas inferencias acerca de los patrones temporales a partir de informes retrospectivos. Por ejemplo, secuencias de redacción y pruebas especiales para preparar los recuerdos de los encuestados posibilitaron efectuar los análisis de prevalencia durante la vida, edad en el momento de comienzo del trastorno y demoras en solicitar tratamiento inicial aquí presentados.

Por último, es importante considerar si diferencias aparentes entre países respecto de la frecuencia de trastornos mentales o uso de servicios se pueden deber a alguna de las posibles limitaciones analizadas en la sección "Cuestiones metodológicas" (Chang y cols., 2008; Cooke y cols., 2004; Simon y cols., 2002). Como se mencionó, en la actualidad se están llevando a cabo investigaciones de estas posibilidades (Haro y cols., 2008; Kessler y cols., 2008). Sin embargo, hasta conocer los resultados de estos estudios de seguimiento, quizá sea prudente centrarse principalmente en similitudes importantes que han surgido hasta la fecha y ser prudentes al intentar efectuar interpretaciones de peso respecto de cualquier diferencia transnacional observada.

Al igual que los hallazgos de encuestas transnacionales previas, los de la Encuesta Mundial de Salud Mental sobre la prevalencia de trastornos mentales en el año previo indican que la experiencia de episodios recientes de salud mental tiene alta prevalencia y se asocia con deterioro sustancial en el funcionamiento de roles (Kessler y Frank, 1997; Ormel y cols., 1994; Weissman y cols., 1994, 1996a, 1996b, 1997; Wells y cols., 1989). Como se comentó, la probabilidad de que posibles sesgos determinen que estas estimaciones de frecuencia y gravedad de trastornos mentales sean conservadoras destaca la necesidad de atención pública urgente (Allgulander, 1989; Eaton y cols., 1992; Kessler y Merikangas, 2004; Kessler y cols., 1994).

Lamentablemente, los datos sobre servicios de salud mental actuales recibidos en el último año por personas con enfermedad mental demuestran niveles muy considerables de necesidad de tratamiento insatisfecha en todo el mundo. Aun entre los pacientes con trastornos mentales muy graves que vivían en países desarrollados, alrededor de la mitad no había recibido ninguna atención de salud mental el año previo, y la situación es aun más grave en países en desarrollo. Nuevamente, la probabilidad de que la mayoría de los sesgos torne conservadoras estas estimaciones de necesidad de tratamiento insatisfecha sólo pone de realce el problema. Además, entre las personas con enfermedad mental que sí reciben tratamiento, menos de la mitad –es decir, menos de un cuarto globalmente– reciben tratamiento aunque sea mínimamente *eficaz*. Poco se sabe acerca de la seguridad y eficacia de los servicios distintos de la atención médica de sectores de medicina complementaria y alternativa, y servicios humanos prestados a algunos pacientes (Niggemann y Gruber, 2003). Alrededor de un cuarto de los encuestados que había comenzado tratamientos no recibió ninguna atención de segui-

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

CUADRO 11-8. Gasto en salud y nivel de desarrollo económico de cada país de la Encuesta Mundial de Salud Mental

País	Presupuesto nacional de salud como porcentaje del PBI[a]	Presupuesto de salud mental como porcentaje del presupuesto nacional de salud[b]	Nivel de desarrollo económico
Nigeria	3,4	—[c]	Bajo
República Popular China-Beijing	5,5	2,4	Bajo-medio
República Popular China-Shanghái	5,5	2,4	Bajo-medio
Colombia	5,5	0,1	Bajo-medio
Sudáfrica	8,6	—[c]	Bajo-medio
Ucrania	4,3	—[c]	Bajo-medio
Líbano	12,2	—[c]	Alto-medio
México	6,1	1,0	Alto-medio
Bélgica	8,9	6,0	Alto
Francia	9,6	8,0	Alto
Alemania	10,8	—[c]	Alto
Israel	8,7	6,2	Alto
Italia	8,4	—[c]	Alto
Japón	8,0	5,0	Alto
Países Bajos	8,9	7,0	Alto
Nueva Zelanda	8,3	11,0	Alto
España	7,5	—[c]	Alto
Estados Unidos	13,9	6,0	Alto

Nota: PBI, producto bruto interno.

[a] Proyecto Atlas de la Organización Mundial de la Salud: Recursos para Trastornos de Salud Mental y Neurológicos. Se puede consultar en http://www.who.int/globalatlas/dataQuery/default.asp.

[b] Atlas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud. Se puede consultar en http://www.who.int/mental_health/evidence/mhatlas05/en/index.html.

[c] No se conocen las cifras.

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

CUADRO 11-9. Porcentajes que utilizaron servicios en los últimos 12 meses según la gravedad de los trastornos mentales en la Encuesta Mundial de Salud Mental

	Graves			Moderados			Leves			Ninguno			Prueba de diferencia de probabilidad de tratamiento según la gravedad	
País	*n*	%[a]	EE	*n*	%[a]	EE	*n*	%[a]	EE	*n*	%[a]	EE	χ^2_3	*P*
Oficina Regional de la OMS para las Américas														
Colombia	54	27,8	4,8	47	10,3	2,0	30	7,8	1,6	86	3,4	0,6	96,1*	< 0,001
México	52	25,8	4,3	53	17,9	2,9	33	11,9	2,3	102	3,2	0,4	132,9*	< 0,001
Estados Unidos	385	59,7	2,4	394	39,9	1,3	219	26,2	1,7	479	9,7	0,6	668,5*	< 0,001
Oficina Regional de la OMS para África														
Nigeria	8	21,3	11,9	6	13,8	7,4	14	10,0	3,0	29	1,0	0,3	27,7*	< 0,001
Sudáfrica	45	26,2	3,6	66	26,6	3,9	67	23,1	3,2	497	13,4	0,9	41,0*	< 0,001
Oficina Regional de la OMS para el Mediterráneo Oriental														
Líbano	22	20,1	5,2	19	11,6	3,1	7	4,0	1,6	29	3,0	0,7	34,9*	< 0,001
Oficina Regional de la OMS para Europa														
Bélgica	46	62,1	9,2	30	38,4	8,3	13	12,7	4,6	98	6,8	1,1	227,1*	< 0,001
Francia	56	48,0	6,4	70	29,4	4,0	43	22,4	3,4	103	7,0	1,1	82,6*	< 0,001
Alemania	30	40,6	8,9	39	23,9	4,7	27	20,5	5,2	87	5,9	0,9	54,5*	< 0,001
Israel	81	53,9	4,0	54	32,6	3,7	19	14,4	3,2	267	6,0	0,4	368,1*	< 0,001
Italia	29	51,6	6,5	38	25,9	4,2	21	17,8	4,5	53	2,2	0,4	192,7*	< 0,001
Países Bajos	57	49,2	6,6	36	31,3	7,2	15	16,1	6,0	94	7,7	1,3	66,8*	< 0,001
España	79	58,7	4,9	93	37,4	5,0	35	17,3	4,3	168	3,9	0,5	446,1*	< 0,001
Ucrania	49	25,7	3,2	68	21,2	3,6	19	7,6	2,6	76	4,4	0,8		< 0,001

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

CUADRO 11-9. Porcentajes que utilizaron servicios en los últimos 12 meses según la gravedad de los trastornos mentales en la Encuesta Mundial de Salud Mental *(cont.)*

	Graves			Moderados			Leves			Ninguno			Prueba de diferencia de probabilidad de tratamiento según la gravedad	
País	*n*	%[a]	EE	*n*	%[a]	EE	*n*	%[a]	EE	*n*	%[a]	EE	$\chi^2 3$	*P*
Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental														
República Popular China	5	11,0	5,4	11	23,5	10,9	3	1,7	1,2	55	2,9	0,6	16,1*	0,001
Japón[b]	10	24,2	5,0	16	24,2	5,0	9	12,8	4,4	57	4,5	0,9	44,5*[b]	< 0,001
Nueva Zelanda	458	56,6	2,2	421	39,8	1,9	184	22,2	1,9	529	7,3	0,5	644,8*	< 0,001
$\chi^2 16$[c]	186,9* (< 0,001)			145,6* (< 0,001)			104,1* (< 0,001)			330,0* (< 0,001)				

Nota: Los porcentajes se basan en las muestras de toda la Parte 2.
OMS, Organización Mundial de la Salud.
* Significativo en el nivel 0,05, prueba bilateral.
[a] Los porcentajes se basan en los encuestados que utilizaron cualquier servicio, dentro de cada nivel de gravedad.
[b] Se combinaron en una categoría los casos graves y moderados para Japón, y se presentó el porcentaje que utilizó servicios en ambas columnas.
La prueba χ^2 tuvo dos grados de libertad para este país.
[c] $\chi^2 16$ proviene de un modelo que predice cualquier uso de servicios durante los últimos 12 meses entre los encuestados, dentro de cada nivel de gravedad.

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

CUADRO 11-10. Porcentajes que recibieron tratamiento de seguimiento[a] entre los encuestados que utilizaron servicios en la Encuesta Mundial de Salud Mental

	Cualquier gravedad			Graves			Moderados			Leves			Ninguno			Prueba de diferencia de probabilidad de tratamiento según la gravedad	
País	*n*	%[b]	EE	*n*	%[c]	EE	*n*	%[c]	EE	*n*	%[c]	EE	*n*	%[c]	EE	χ^{2d}	*P*
Oficina Regional de la OMS para las Américas																	
Colombia	158	72,0	4,3	49	92,6	3,5	31	73,1	7,9	20	61,7	11,3	58	63,6	7,9	12,3*	0,006
México	180	74,5	4,4	40	85,5	4,2	41	76,6	6,7	25	84,3	6,9	74	67,8	7,7	6,0	0,11
Estados Unidos	1.313	86,8	1,4	362	93,2	1,7	354	88,4	2,0	187	83,0	2,9	410	83,3	2,6	17,2*	0,001
Oficina Regional de la OMS para África																	
Nigeria	47	76,3	8,7	6	—[e]	—[e]	6	—[e]	—[e]	13	74,6	9,2	22	74,6	9,2	0,4	0,51
Sudáfrica	601	89,1	1,7	42	93,9	3,9	63	95,7	3,0	58	87,4	3,7	438	88,0	2,2	3,0	0,39
Oficina Regional de la OMS para el Mediterráneo Oriental																	
Líbano	62	78,9	6,9	17	84,1	4,4	15	84,1	4,4	7	75,7	10,2	23	75,7	10,2	0,8	0,37
Oficina Regional de la OMS para Europa																	
Bélgica	165	84,3	3,9	42	84,4	9,5	27	84,3	10,4	12	—[e]	—[e]	84	83,1	5,1	3,1	0,38
Francia	235	86,0	3,9	49	87,5	4,7	65	97,3	1,6	35	89,7	4,4	86	80,0	6,9	7,8	0,05
Alemania	152	70,2	5,1	28	89,2	8,5	37	97,1	0,7	23	—[e]	—[e]	64	61,1	7,4	66,4*	< 0,001
Israel	364	86,1	1,8	73	90,7	3,2	48	89,2	4,2	17	—[e]	—[e]	226	83,6	2,4	3,3	0,34
Italia	129	94,5	1,5	28	—[e]	—[e]	34	93,1	3,7	19	—[e]	—[e]	48	94,4	2,4	1,3	0,73
Países Bajos	183	85,9	4,3	53	96,4	2,1	35	98,9	1,2	15	—[e]	—[e]	80	78,5	7,2	10,0*	0,007
España	341	88,8	2,6	73	95,3	1,9	86	92,6	3,0	33	90,8	6,2	149	84,7	4,7	5,8	0,12
Ucrania	167	79,1	3,8	44	92,3	3,6	51	82,3	4,5	14	—[e]	—[e]	58	71,8	7,0	12,5*	0,006

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

CUADRO 11-10. Porcentajes que recibieron tratamiento de seguimiento[a] entre los encuestados que utilizaron servicios en la Encuesta Mundial de Salud Mental *(cont.)*

	Cualquier gravedad			Graves			Moderados			Leves			Ninguno			Prueba de diferencia de probabilidad de tratamiento según la gravedad	
País	*n*	%[b]	EE	*n*	%[c]	EE	*n*	%[c]	EE	*n*	%[c]	EE	*n*	%[c]	EE	χ^{2d}	*P*
Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental																	
República Popular China	56	77,6	6,0	4	—[e]	—[e]	6	—[e]	—[e]	3	80,8	6,8	43	80,8	6,8	1,0	0,33
Japón	83	89,8	2,6	9	—[e]	—[e]	13	—[e]	—[e]	9	91,2	3,3	52	91,2	3,3	0,9	0,33
Nueva Zelanda	1.394	85,7	1,3	421	92,5	1,4	368	88,7	1,8	151	83,5	3,2	454	81,0	2,8	15,1*	0,002
χ^2_{16}[f]	67,1* (< 0,001)			25,4 (0,06)			71,5* (< 0,001)			21,3 (0,13)			47,9* (< 0,001)				

Nota: OMS, Organización Mundial de la Salud.

* Significativo en el nivel 0,05, prueba bilateral.

[a] Se definió tratamiento de seguimiento como dos o más consultas a cualquier sector de servicios o tratamiento en curso en el momento de la entrevista.

[b] Los porcentajes se basan en las muestras de toda la Parte 2.

[c] Los porcentajes corresponden a aquellos que recibieron tratamiento de seguimiento, entre aquellos en tratamiento, dentro de cada nivel de gravedad.

[d] Se efectuaron pruebas de Ji al cuadrado con un grado de libertad para Nigeria, Líbano, Japón y República Popular China, donde se combinaron las categorías graves y moderadas, y se las comparó respecto de las categorías leves y ninguno. Para todos los demás países, se practicaron pruebas con tres grados de libertad.

[e] Los porcentajes no se comunican si el número de casos con cualquier tratamiento en un nivel de gravedad es <30.

[f] χ^2_{16} proviene de un modelo que predice tratamiento de seguimiento entre los encuestados, de cada nivel de gravedad, que utilizaron cualquier servicio en los últimos 12 meses.

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

CUADRO 11-11. Porcentajes que recibieron tratamiento mínimamente adecuado[a] entre los encuestados que utilizaron servicios en la Encuesta Mundial de Salud Mental

	Cualquier gravedad			Graves			Moderados			Leves			Ninguno			Prueba de diferencia de probabilidad de tratamiento según la gravedad	
País	*n*	%[b]	EE	*n*	%[c]	EE	*n*	%[c]	EE	*n*	%[c]	EE	*n*	%[c]	EE	χ^{2d}	*P*
Oficina Regional de la OMS para las Américas																	
Colombia	33	14,7	3,4	11	23,1	8,5	7	21,7	10,5	3	6,3	4,6	12	10,1	3,5	4,7	0,20
México	42	15,2	2,7	8	11,3	4,5	13	28,6	6,3	6	19,8	5,8	15	11,3	4,0	10,5*	0,014
Estados Unidos	302	18,1	1,1	160	41,8	3,2	101	24,8	2,1	41	4,9	0,8	—	—	—	114,0*	< 0,001
Oficina Regional de la OMS para África																	
Nigeria	1	10,4	9,8	0	—[e]	—[e]	0	—[e]	—[e]	0	12,4	11,8	1	12,4	11,8		
Sudáfrica	0	—[f]	—[f]	0	—[f]	—[f]	0	—[f]	—[f]	0	—[f]	—[f]	0	—[f]	—[f]		
Oficina Regional de la OMS para el Mediterráneo Oriental																	
Líbano	18	24,5	7,1	5	24,0	6,2	3	24,4	6,2	3	24,8	10,7	7	24,8	10,7	0,0	0,95
Oficina Regional de la OMS para Europa																	
Bélgica	78	33,6	5,2	23	42,5	8,5	12	35,5	12,6	5	—[e]	—[e]	38	29,4	6,2	1,7	0,63
Francia	113	42,3	5,4	29	57,9	8,5	28	36,5	6,6	15	41,5	9,7	41	40,2	8,3	3,4	0,34
Alemania	91	42,0	6,1	21	67,3	10,7	21	53,3	8,4	14	—[e]	—[e]	35	35,4	8,8	6,1	0,11
Israel	148	35,1	2,5	28	34,4	5,4	21	40,3	6,8	6	—[e]	—[e]	93	34,3	3,1	0,7	0,87
Italia	45	33,0	5,1	12	—[e]	—[e]	11	35,7	9,4	6	—[e]	—[e]	16	29,9	7,4	3,5	0,3
Países Bajos	98	34,4	5,0	37	65,7	9,2	19	34,1	10,2	10	—[e]	—[e]	32	21,9	5,2	23,2*	< 0,001
España	152	37,3	3,3	41	47,5	7,5	37	43,6	5,6	20	44,8	9,9	54	30,1	4,4	8,5*	0,037
Ucrania	0	—[f]	—[f]	0	—[f]	—[f]	0	—[f]	—[f]	0	—[f]	—[f]	0	—[f]	—[f]		

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

CUADRO 11-11. Porcentajes que recibieron tratamiento mínimamente adecuado[a] entre los encuestados que utilizaron servicios en la Encuesta Mundial de Salud Mental *(cont.)*

	Cualquier gravedad			Graves			Moderados			Leves			Ninguno			Prueba de diferencia de probabilidad de tratamiento según la gravedad	
País	*n*	%[b]	EE	*n*	%[c]	EE	*n*	%[c]	EE	*n*	%[c]	EE	*n*	%[c]	EE	χ^{2d}	*P*
Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental																	
República Popular China	19	24,1	7,0	0	—[e]	—[e]	3	—[e]	—[e]	2	20,1	5,9	14	20,1	5,9	0,8	0,36
Japón	35	31,8	6,8	6	—[e]	—[e]	6	—[e]	—[e]	5	27,9	7,0	18	27,9	7,0	4,4*	0,037
Nueva Zelanda	0	—[f]	—[f]	0	—[f]	—[f]	0	—[f]	—[f]	0	—[f]	—[f]	0	—[f]	—[f]		
$\chi^2 13^g$	117,0* (< 0,001)			41,0* (< 0,001)			31,2* (0,002)			25,9* (0,011)			96,7* (<0,001)				

Nota: OMS, Organización Mundial de la Salud. * Significativo en el nivel 0,05, prueba bilateral.

[a] Se definió tratamiento mínimamente adecuado como ocho o más consultas a cualquier sector de servicios, o cuatro o más consultas y, por lo menos, un mes de medicación, o estar en tratamiento en el momento de la entrevista. [b] Los porcentajes se basan en las muestras de toda la Parte 2. [c] Los porcentajes corresponden a aquellos que reciben tratamiento mínimamente adecuado entre aquellos en tratamiento, dentro de cada nivel de gravedad. [d] No se efectuó la prueba para Nigeria porque había sólo un caso (no ponderado) con tratamiento adecuado. Se realizaron prueba de Ji al cuadrado con un grado de libertad para Líbano, Japón y República Popular China, donde se combinaron las categorías graves y moderadas, y se las comparó respecto de la categoría combinada leves y ninguno. Se efectuó una prueba con dos grados de libertad para los Estados Unidos, donde colapsaron las categorías leves y ninguno. Para todos los demás países, se realizaron pruebas con tres grados de libertad. [e] Los porcentajes no se comunicaron si el número de casos con cualquier tratamiento en un nivel de gravedad era < 30. [f] No se formularon las preguntas sobre farmacoepidemiología en Ucrania, Sudáfrica ni Nueva Zelanda.

[g] χ^2_{13} proviene de un modelo que predice tratamiento mínimamente adecuado entre encuestados de cada nivel de gravedad que utilizaron servicios en los últimos 12 meses.

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

miento, y sólo una minoría de los tratamientos cumplía estándares de adecuación mínimos (Agency for Health Care Policy and Research, 1993; American Psychiatric Association, 2006; Lehman y Steinwachs, 1998; Wang y cols., 2005).

Frente a estos hallazgos de necesidades no satisfechas generalizadas de tratamientos de salud mental, puede preocupar, además, que muchos encuestados que *no* cumplían los criterios de trastornos en los últimos 12 meses *sí* recibieron tratamiento. Sin embargo, un análisis reciente de los datos de la Encuesta Mundial de Salud Mental de los Estados Unidos halló que muchos de estos sujetos, que en apariencia no eran casos, pueden, en realidad, haber usado servicios apropiadamente, por ejemplo, para prevención secundaria de trastornos durante la vida o para síndromes subumbral asociados con deterioro sustancial de roles (Druss y cols., 2007).

En general, el nivel de inversión bajo de la mayoría de los países para el tratamiento de trastornos mentales, tanto en términos absolutos como respecto de sus carga social relativa, hace que los altos niveles prevalecientes de necesidades insatisfechas en todo el mundo no resulte sorprendente (López y cols., 2006; Saxena y cols., 2003). Por ejemplo, los países en desarrollo suelen gastar menos del 1% de sus ya limitados presupuestos de atención sanitaria en servicios de salud mental (Saxena y cols., 2003). Sin embargo, además de sugerir que se requieren más recursos para tratamiento, la Encuesta Mundial de Salud Mental también identifica algunas maneras para que los países puedan optimizar sus inversiones, independientemente de su magnitud.

Pese a sus posibles limitaciones, los hallazgos de la Encuesta Mundial de Salud Mental pueden ser beneficiosos para los países que buscan maneras de hacer más eficiente el uso de sus recursos limitados de atención sanitaria (Saxena y cols., 2003; Organización Mundial de la Salud, 2001). Por ejemplo, los datos durante la vida de la Encuesta Mundial de Salud Mental sobre los procesos habituales de búsqueda de tratamiento después de la aparición de trastornos mentales sugieren el posible valor de centrarse en la intervención temprana, antes de que sobrevengan muchas de las secuelas negativas de la enfermedad mental, como la persistencia o gravedad de trastornos primarios y, quizá, aparición de trastornos secundarios (Kohn y cols., 2004). Las intervenciones para reducir períodos prolongados de enfermedad mental no tratada podrían consistir en concientización pública, detección sistemática, alcance intensivo e iniciación rápida del tratamiento o derivación para tratamiento, y se podrían aplicar en escuelas, clínicas o sistemas de atención médica (Aseltine y De Martino, 2004; Beidel y cols., 2000; Carleton y cols., 1996; Connors, 1994; Jacobs, 1995; Morrisey-Kane y Prinz, 1999; Multimodal Treatment Study of Children With ADHD Cooperative Group, 1999; Regier y cols., 1998; Velicer y cols., 1995; Weaver, 1995).

De modo similar, el hallazgo de que tantos casos graves no son tratados sugiere la necesidad de programas orientados a los pacientes más vulnerables. Asimismo, la optimización de los recursos limitados de un país puede requerir la utilización del sector médico general como punto de acceso y que el sector especializado sirva para atender los casos más graves (Rosenheck y cols., 1998). Es evidente que, como quiera que se asignen los recursos, los hallazgos de la Encuesta Mundial de Salud Mental indican que se requiere una mejoría sustancial de la continuidad y

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

calidad de la atención recibida. Se han desarrollado intervenciones –para uso en un nivel local– para mejorar la iniciación del tratamiento, reducir el abandono y aumentar la adecuación que, en muchos casos, han probado ser eficaces y rentables (Wang y cols., 2007). Asimismo, las políticas, el rediseño de los sistemas de prestación y los medios de financiamiento son cruciales para garantizar el interés por intervenciones de este tipo.

¿Cuál es el futuro para la Iniciativa de Encuesta Mundial de Salud Mental? Un próximo paso probable sería una expansión para incluir tanto a nuevos países participantes como a nuevos programas científicos. Por ejemplo, se han agregado encuestas nacionales en Iraq e India, así como una encuesta regional en Brasil. Otros países, por ejemplo China, están efectuando encuestas en otras regiones utilizando métodos mejores, basados en la experiencia de sus encuestas iniciales. Los análisis efectuados por los grupos de trabajo de la Encuesta Mundial de Salud han pasado de la descripción básica al esclarecimiento de nuevas áreas, como las siguientes:

- Estudios de grupos sociodemográficos con mayor riesgo de trastornos mentales utilizando un marco transnacional.
- Identificación de otros factores de riesgo sustanciales de trastornos mentales, como adversidades en la infancia y eventos traumáticos.
- Exploración de las razones para no recibir tratamiento y abandonarlo de manera prematura.
- Valoración integral de las cargas sociales de la enfermedad mental, como logros educacionales, resultados conyugales, funcionamiento de roles y productividad laboral.
- Documentación de la experiencia global de tendencia suicida, incluidos ideación, planes, gestos e intentos.
- Identificación de patrones de comorbilidad entre trastornos mentales y enfermedades médicas generales.
- Documentación de preferencias y servicios sanitarios asociados con cuadros mentales y médicos generales en todo el mundo.
- Evaluación de cuestiones nosológicas clave que informarán al proceso de revisión del DSM-5 y la CIE-11.

Estos análisis fueron descritos por los investigadores participantes (Borges y cols., 2006; Demyttenaere y cols., 2007; Gureje y cols., 2008; Gyrd-Hansen, 2005; Lee y cols., 2009; Nock y Kessler, 2006; Nock y cols., 2008; Ormel y cols., 2007; Scott y cols., 2007, 2008; Torrance, 2006). Una descripción más detallada de este trabajo en curso se puede hallar en el sitio web de la Encuesta Mundial de Salud Mental (www.hcp.med.harvard.edu). Estos hallazgos, junto con la epidemiología descriptiva básica de trastornos mentales, ayudarán a informar a la actualización en progreso de la iniciativa Carga Global de Morbilidad (Murray y cols., 2007).

Por último, los futuros proyectos de la Encuesta Mundial de Salud Mental se orientarán a informar el diseño y destino de las intervenciones dentro de los países. Mediante el desarrollo de métodos casi experimentales y técnicas analíticas, se posibilita cada vez más efectuar inferencias causales provisionales basadas en los datos epidemiológicos descriptivos de la Encuesta Mundial de Salud Mental (Brookhart y cols., 2007; Lu, 1999; Schneeweiss y cols., 2007). Para lograr este objetivo, se podrían vincular los datos individuales de la Encuesta Mundial de

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

Salud Mental con los del Proyecto Atlas de la OMS, así como el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la OMS, sobre políticas existentes, sistemas de prestación y financiamiento de la atención de salud mental (Mezzich, 2003; Saxena y cols., 2003). Estos conjuntos de datos vinculados se podrían convertir en herramientas importantes para estudiar las repercusiones de políticas sanitarias, diseños de sistemas de prestación y niveles o mecanismos de financiación de servicios de salud mental sobre el uso y la calidad de los tratamientos. Por medio de este enfoque, la Iniciativa de Encuesta Mundial de Salud Mental podría aportar información a los responsables de implementar políticas y otros partícipes interesados de todo el mundo para orientar la toma de decisiones futuras y mejorar, finalmente, los resultados de la atención de personas con trastornos mentales.

Reconocimientos

Estas encuestas se llevan a cabo junto con la Iniciativa de Encuesta Mundial de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Agradecemos al personal de la Encuesta Mundial de Salud Mental por la ayuda en la instrumentación, trabajo de campo y análisis de datos. Estas actividades fueron subvencionadas por el U.S. National Institute of Mental Health (NIMH; R01MH070884); la John D. and Catherine T. MacArthur Foundation; la Pfizer Foundation; el U.S. Public Health Service (R13-MH066849, R01-MH069864, R01 DA016558); el Fogarty International Center (FIRCA R03-TW006481); la Organización Panamericana de la Salud; la Eli Lilly and Company Foundation; Ortho-McNeil Pharmaceutical, Inc.; GlaxoSmithKline; Bristol-Myers Squibb; y Shire. Se puede hallar una lista completa de las publicaciones de la Encuesta Mundial de Salud Mental en http://www.hcp.med.harvard.edu/wmh/. La Iniciativa de Encuesta Mundial de Salud Mental china es subvencionada por la Pfizer Foundation. El Estudio Nacional Colombiano de Salud Mental es subvencionado por el Ministerio de Protección Social. El proyecto ESEMeD es subvencionado por la Comisión Europea (Contratos QLG5-1999-01042; SANCO 2004123), la Región Piamonte (Italia); Fondo de Investigación Sanitaria, Instituto de Salud Carlos III, España (FIS 00/0028); Ministerio de Ciencia y Tecnología, España (SAF 2000-158-CE); Departament de Salut, Generalitat de Catalunya, España; Instituto de Salud Carlos III (CIBER CB06/02/0046, RETICS RD06/0011 REM-TAP); y otros organismos locales así como por un subsidio educacional irrestricto de GlaxoSmithKline. La Encuesta Nacional de Salud de Israel está subvencionada por el Ministerio de Salud, con financiación del Instituto Nacional de Política de Salud e Investigación de Servicios de Salud de Israel (Israel National Institute for Health Policy and Health Services Research) y el Instituto Nacional de Seguros de Israel (National Insurance Institute of Israel). La Encuesta Mundial de Salud de Japón es subvencionada por el Subsidio para Investigación de Enfermedades Psiquiátricas y Neurológicas y Salud Mental (H13-SHOGAI-023, H14-TOKUBETSU-026, H16-KOKORO-013) del Ministerio de Salud, Trabajo y Bienestar de Japón. La Encuesta Nacional de Salud Mental libanesa es subvencionada por el Ministerio de Salud Pública de Líbano; la OMS (Líbano); Fogarty International; Act for Lebanon; donaciones privadas anónimas a IDRAAC, Líbano; y subsidios irrestrictos de Janssen Cilag, Eli Lilly, GlaxoSmithKline, Roche

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

y Novartis. La Encuesta Nacional de Comorbilidad mexicana es subvencionada por el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente (INPRFM-DIES 4280) y por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT-G30544-H), con subvención adicional de la Organización Panamericana de la Salud. Te Rau Hinengaro: la Encuesta de Salud Mental de Nueva Zelanda es subvencionada por el Ministerio de Salud de Nueva Zelanda, el Consejo Asesor sobre Alcohol, y el Consejo de Investigación en Salud. La Encuesta de Salud Mental y Bienestar nigeriana es subvencionada por la OMS (Ginebra), la OMS (Nigeria) y el Ministerio Federal de Salud, Abuja, Nigeria. El Estudio de Estrés y Salud de Sudáfrica es subvencionado por el U.S. NIMH (R01-MH059575) el National Institute on Drug Abuse (NIDA), con fondos suplementarios del Departamento de Salud sudafricano y la Universidad de Michigan. El estudio de Trastornos Mentales Concomitantes durante Períodos de Disrupción Social de Ucrania es subvencionado por el U.S. NIMH (R01-MH61905). La Réplica de la Encuesta Nacional de Comorbilidad (NCS-R) es subvencionada por el NIMH (U01-MH60220), con subvención suplementaria del NIDA, la Substance Abuse and Mental Health Services Administration, la Robert Wood Johnson Foundation (Subsidio 044708) y el John W. Alden Trust.

Bibliografía

Agency for Health Care Policy and Research: Depression Guideline Panel: Treatment of Major Depression, Vol 2, No 5 (AHCPR 93–0551). Rockville, MD, U.S. Department of Health and Human Services, Agency for Health Care Policy and Research, 1993

Alegria M, Bijl RV, Lin E, et al: Income differences in persons seeking outpatient treatment for mental disorders: a comparison of the United Status with Ontario and the Netherlands. Arch Gen Psychiatry 57:383–391, 2000

Allgulander C: Psychoactive drug use in a general population sample, Sweden: correlates with perceived health, psychiatric diagnoses, and mortality in an automated record-linkage study. Am J Public Health 79:1006–1010, 1989

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4ª ed., texto revisado. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000

American Psychiatric Association: American Psychiatric Association Practice Guidelines for the Treatment of Psychiatric Disorders: Compendium 2006. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2006

Andrade L, de Lolio C, Gentil V, et al: Lifetime prevalence of mental disorders in a catchment area in Sao Paulo, Brazil. Paper presented at the VII Congress of the International Federation of Psychiatric Epidemiology, Santiago, Chile, August 1996

Andrade L, Walters EE, Gentil V, et al: Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of Sao Paulo, Brazil. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 37:316–325, 2002

Aseltine RH Jr, DeMartino R: An outcome evaluation of the SOS Suicide Prevention Program. Am J Public Health 94:446–451, 2004

Beidel DC, Turner SM, Morris TL: Behavioral treatment of childhood social phobia. J Consult Clin Psychol 68:1072–1080, 2000

Bijl RV, van Zessen G, Ravelli A, et al: the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS): objectives and design. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 33:581–586, 1998

Bijl RV, de Graaf R, Hiripi E, et al: The prevalence of treated and untreated mental disorders in five countries. Health Aff (Millwood) 22:122–133, 2003

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

Bland RC, Orn H, Newman SC: Lifetime prevalence of psychiatric disorders in Edmonton. Acta Psychiatr Scand Suppl 338:24–32, 1988

Borges G, Angst J, Nock MK, et al: A risk index for 12-month suicide attempts in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). Psychol Med 36:1747–1757, 2006

Brookhart MA, Rassen JA, Wang PS, et al: Evaluating the validity of an instrumental variable study of neuroleptics: can between-physician differences in prescribing patterns be used to estimate treatment effects? Med Care 45:S116–122, 2007

Caraveo J, Martinez J, Rivera B: A model for epidemiological studies on mental health and psychiatric morbidity. Salud Mental 21:48–57, 1998

Carleton RA, Bazzarre T, Drake J, et al: Report of the Expert Panel on Awareness and Behavior Change to the Board of Directors, American Heart Association. Circulation 93:1768–1772, 1996

Chang SM, Hahm BJ, Lee JY, et al: Cross-national difference in the prevalence of depression caused by the diagnostic threshold. J Affect Disord 106:159–167, 2008

Choy Y, Schneier FR, Heimberg RG, et al: Features of the offensive subtype of Taijin-Kyofu-Sho in US and Korean patients with DSM-IV social anxiety disorder. Depress Anxiety 25:230–240, 2008

Connors CK: The Connors Rating Scales: use in clinical assessment, treatment planning and research. En: Use of Psychological Testing for Treatment Planning and Outcome Assessment. Editado por Maruish M. Hillsdale, NJ, Lawrence Erlbaum, 1994, pp 570–578

Cooke DJ, Hart SD, Michie C: Cross-national differences in the assessment of psychopathy: do they reflect variations in raters' perceptions of symptoms? Psychol Assess 16:335–339, 2004

Demyttenaere K, Bruffaerts R, Lee S, et al: Mental disorders among persons with chronic back or neck pain: results from the World Mental Health Surveys. Pain 129:332–342, 2007

Druss BG, Wang PS, Sampson NA, et al: Understanding mental health treatment in persons without mental diagnoses: results from the Nacional Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry 64:1196–1203, 2007

Eaton WW, Anthony JC, Tepper S, et al: Psychopathology and attrition in the epidemiologic catchment area surveys. Am J Epidemiol 135:1051–1059, 1992

Gureje O, Lasebikan VO, Kola L, et al: Lifetime and 12-month prevalence of mental disorders in the Nigerian Survey of Mental Health and Well-Being. Br J Psychiatry 188:465–471, 2006

Gureje O, Von Korff M, Kola L, et al: The relation between multiple pains and mental disorders: results from the World Mental Health Surveys. Pain 135:82–91, 2008

Gyrd-Hansen D: Willingness to pay for a QALY: theoretical and methodological issues. Pharmacoeconomics 23:423–432, 2005

Hagnell O: A prospective study of the incidence of mental disorder: a study based on 24,000 person years of the incidence of mental disorders in a Swedish population together with an evaluation of the aetiological significance of medical, social, and personality factors. The Lundby Project Lund. Stockholm, Svenska Bokforlaget, 1966

Haro JM, Arbabzadeh-Bouchez S, Brugha TS, et al: Concordance of the Composite International Diagnostic Interview Version 3.0 (CIDI 3.0) with standardized clinical assessments in the WHO World Mental Health Surveys. En: The WHO World Mental Health Surveys: Global Perspectives on the Epidemiology of Mental Disorders. Editado por Kessler RC, Üstün TB. New York, Cambridge University Press, 2008, pp 114–130

Hasin DS, Grant BF: The co-occurrence of DSM-IV alcohol abuse in DSM-IV alcohol dependence: results of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions on heterogeneity that differ by population subgroup. Arch Gen Psychiatry 61:891–896, 2004

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

Hwu HG, Yeh EK, Chang LY: Prevalence of psychiatric disorders in Taiwan defined by the Chinese Diagnostic Interview Schedule. Acta Psychiatr Scand 79:136–147, 1989

Jacobs DG: National depression screening day: educating the public, reaching those in need of treatment, and broadening professional understanding. Harv Rev Psychiatry 3:156–159, 1995

Jenkins R, Bebbington P, Brugha T, et al: The National Psychiatric Morbidity surveys of Great Britain: strategy and methods. Psychol Med 27:765–774, 1997

Kessler RC, Frank RG: The impact of psychiatric disorders on work loss days. Psychol Med 27:861–873, 1997

Kessler RC, Merikangas KR: The National Comorbidity Survey Replication (NCS-R): background and aims. Int J Methods Psychiatr Res 13:60–68, 2004

Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, et al: Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry 51:8–19, 1994

Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, et al: Prevalence and severity of mental disorders in the WMH Surveys, in The WHO World Mental Health Surveys: Global Perspectives on the Epidemiology of Mental Disorders. Editado por Kessler RC, Üstün TB. New York, Cambridge University Press, 2008, pp 534–540

Kohn R, Saxena S, Levav I, et al: The treatment gap in mental health care. Bull World Health Organ 82:858–866, 2004

Kýlýç C: Mental Health Profile of Turkey: Main Report. Ankara, Turkey, Ministry of Health Publications, 1998

Langner TS, Michael ST: Life Stress and Mental Health: The Midtown Manhattan Study. New York, Free Press of Glencoe, 1963

Lee S, Tsang A, Ruscio AM, et al: Implications of modifying the duration requirement of generalized anxiety disorder in developed and developing countries. Psychol Med 39:1163–1170, 2009

Lehman AF, Steinwachs DM: Translating research into practice: the Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT) treatment recommendations. Schizophr Bull 24:1–10, 1998

Leighton AH: My Name Is Legion: Stirling County Study, Vol 1. New York, Basic Books, 1959

Leon AC, Olfson M, Portera L, et al: Assessing psychiatric impairment in primary care with the Sheehan Disability Scale. Int J Psychiatry Med 27:93–105, 1997

Lépine JP, Lellouch J, Lovell A, et al: Anxiety and depressive disorders in a French population: methodology and preliminary results. Psychiatr Psychobiol 4:267–274, 1989

Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M, et al (eds): Global Burden of Disease and Risk Factors. New York, Oxford University Press/World Bank, 2006

Lu M: The productivity of mental health care: an instrumental variable approach. J Ment Health Policy Econ 2:59–71, 1999

Mezzich JE: From financial analysis to policy development in mental health care: the need for broader conceptual models and partnerships. J Ment Health Policy Econ 6:149–150, 2003

Morrissey-Kane E, Prinz RJ: Engagement in child and adolescent treatment: the role of parental cognitions and attributions. Clin Child Fam Psichol Rev 2:183–198, 1999

Multimodal Treatment Study of Children With ADHD Cooperative Group: A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention- deficit/hyperactivity disorder: Multimodal Treatment Study of Children with ADHD. Arch Gen Psychiatry 56:1073–1086, 1999

Murray CJ, Lopez AD, Black R, et al: Global burden of disease 2005: call for collaborators. Lancet 370:109–110, 2007

Narrow WE, Rae DS, Robins LN, et al: Revised prevalence estimates of mental disorders in

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

the United States: using a clinical significance criterion to reconcile 2 surveys' estimates. Arch Gen Psychiatry 59:115–123, 2002

Niggemann B, Gruber C: Side-effects of complementary and alternative medicine. Allergy 58:707–716, 2003

Nock MK, Kessler RC: Prevalence of and risk factors for suicide attempts versus suicide gestures: analysis of the National Comorbidity Survey. J Abnorm Psychol 115:616–623, 2006

Nock MK, Borges G, Bromet EJ, et al: Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans, and attempts. Br J Psychiatry 192:98–105, 2008

Ormel J, Von Korff M, Ustun TB, et al: Common mental disorders and disability across cultures: results from the WHO Collaborative Study on Psychological Problems in General Health Care. JAMA 272:1741–1748, 1994

Ormel J, Von Korff M, Burger H, et al: Mental disorders among persons with heart disease: results from World Mental Health surveys. Gen Hosp Psychiatry 29:325–334, 2007

Regier DA, Hirschfeld RM, Goodwin FK, et al: The NIMH Depression Awareness, Recognition, and Treatment program: structure, aims, and scientific basis. Am J Psychiatry 145:1351–1357, 1988

Regier DA, Kaelber CT, Rae DS, et al: Limitations of diagnostic criteria and assessment instruments for mental disorders: implications for research and policy. Arch Gen Psychiatry 55:109–115, 1998

Regier DA, Narrow WE, Rupp A, et al: The epidemiology of mental disorder treatment need: community estimates of medical necessity, in Unmet Need in Psychiatry: Problems, Resources, Responses. Editado por Andrews G, Henderson S. Cambridge, UK, Cambridge University Press, 2000, pp 41–58

Robins LN, Regier DA (eds): Psychiatric Disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area Study. New York, Free Press, 1991

Rosenheck R, Armstrong M, Callahan D, et al: Obligation to the least well off in setting mental health service priorities: a consensus statement. Psychiatr Serv 49:1273–1274, 1290, 1998

Saxena S, Sharan P, Saraceno B: Budget and financing of mental health services: baseline information on 89 countries from WHO's project atlas. J Ment Health Policy Econ 6:135–143, 2003

Schneeweiss S, Setoguchi S, Brookhart A, et al: Risk of death associated with the use of conventional versus atypical antipsychotic drugs among elderly patients. CMAJ 176:627–632, 2007

Scott KM, Von Korff M, Ormel J, et al: Mental disorders among adults with asthma: results from the World Mental Health Survey. Gen Hosp Psychiatry 29:123–133, 2007

Scott KM, Bruffaerts R, Simon GE, et al: Obesity and mental disorders in the general population: results from the world mental health surveys. Int J Obes (London) 32:192–200, 2008

Shen YC, Zhang MY, Huang YQ, et al: Twelve-month prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in metropolitan China. Psychol Med 36:257–267, 2006

Shiffman S, Stone AA, Hufford MR: Ecological momentary assessment. Annu Rev Clin Psychol 4:1–32, 2008

Simon GE, Goldberg DP, Von Korff M, et al: Understanding cross-national differences in depression prevalence. Psychol Med 32:585–594, 2002

Stone AA, Broderick JE: Real-time data collection for pain: appraisal and current status. Pain Med 8(supl.):S85–S93, 2007

Torrance GW: Utility measurement in healthcare: the things I never got to. Pharmacoeconomics 24:1069–1078, 2006

Tseng WS: From peculiar psychiatric disorders through culture-bound syndromes to culture-related specific syndromes. Transcult Psychiatry 43:554–576, 2006

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

Vega WA, Kolody B, Aguilar-Gaxiola S, et al: Lifetime prevalence of DSM-IIIR psychiatric disorders among urban and rural Mexican Americans in California. Arch Gen Psychiatry 55:771–778, 1998

Velicer WF, Hughes S., Fava JL, et al: An empirical typology of subjects within stage of change. Addict Behav 20:299–320, 1995

Wang PS, Lane M, Olfson M, et al: Twelve-month use of mental health services in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry 62:629–640, 2005

Wang PS, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, et al: Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. Lancet 370:841–850, 2007

Weaver AJ: Has there been a failure to prepare and support parish-based clergy in their role as frontline community mental health workers: a review. J Pastoral Care 49:129–147, 1995

Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, et al: The cross national epidemiology of obsessive compulsive disorder. The Cross National Collaborative Group. J Clin Psychiatry 55(supl.):5–10, 1994

Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, et al: Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. JAMA 276:293–299, 1996a

Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, et al: The cross-national epidemiology of social phobia: a preliminary report. Int Clin Psychopharmacol 11(supl.):9–14, 1996b

Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, et al: The cross-national epidemiology of panic disorder. Arch Gen Psychiatry 54:305–309, 1997

Wells JE, Bushnell JA, Hornblow AR, et al: Christchurch Psychiatric Epidemiology Study, part I: methodology and lifetime prevalence for specific psychiatric disorders. Aust N Z J Psychiatry 23:315–326, 1989

Wittchen HU: Early developmental stages of psychopathology study (EDSP): objectives and design. Eur Addict Res 4:18–27, 1998

World Health Organization: The WHO Disability Assessment Schedule II (WHO-DAS II). Geneva, Switzerland, World Health Organization, 1998

World Health Organization: The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope, 2001. Geneva, Switzerland, Available at: http://www.who.int/whr2001. Consultado el 15 de agosto de 2009

World Health Organization International Consortium of Psychiatric Epidemiology: Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology. Bull World Health Organ 78:413–426, 2000

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

CAPÍTULO 12

INTERSECCIÓN DE LA RAZA, EL GRUPO ÉTNICO, LA INMIGRACIÓN Y LAS INFLUENCIAS CULTURALES EN EL CARÁCTER Y LA DISTRIBUCIÓN DE TRASTORNOS MENTALES

EXAMEN DE LA DEPRESIÓN MAYOR

James S. Jackson, Ph.D.
Jamie M. Abelson, M.S.W.
Patricia A. Berglund, M.B.A.
Briana Mezuk, Ph.D.
Myriam Torres, M.S.
Rong Zhang, Ph.D.

En todo el mundo, las cambiantes condiciones demográficas, económicas y políticas están modificando la estructura etaria y ampliando la composición racial y étnica de muchas sociedades. Por ejemplo, en los Estados Unidos, se calcula que en el término de 25 años, alrededor del 40% de los adultos y el 48% de los niños pertenecerán a grupos de minorías raciales y étnicas (Angel y Hogan, 2004). Sin embargo, la posibilidad de identificar, prevenir y tratar de manera eficaz la enfermedad mental en diferentes grupos raciales, étnicos y culturales no ha seguido el ritmo de este crecimiento y cambio. Poco se sabe acerca de las ideas sobre enfermedad mental en muchos de estos grupos culturales o cómo comprometerlos de manera eficaz en el proceso de tratamiento (Alarcón y cols., 2002). Hasta la fecha, la mayor parte de la investigación se ha limitado a examinar diferencias nacionales –en particular, entre enfoques diagnósticos occidentales y no occidentales– en

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

las ideas de enfermedad mental o en los enfoques terapéuticos. Los datos existentes suelen ser de carácter transversal, lo que dificulta el examen de cambios a lo largo del tiempo. Hasta hace poco, sólo algunos estudios han examinado la influencia del origen étnico, la raza y la cultura sobre la salud mental dentro de sociedades específicas (p. ej., Karlsen y Nazroo, 2002; Noh y Kaspar, 2003).

Aunque las prioridades de los gobiernos –como las reseñadas en Healthy People 2010 (Gente Sana 2010) (www.healthypeople.gov)– están dirigidas a mejorar la calidad de vida de las personas de todas las edades, con un énfasis especial en la eliminación de las disparidades sanitarias existentes, se necesita mucho trabajo para alcanzar estos importantes beneficios. La mayor diversidad étnica y racial ha traído aparejados nuevos desafíos a los modelos existentes de salud mental, enfermedad mental y provisión de servicios de salud mental eficaces. Las sociedades occidentales se están tornando más complejas con el crecimiento de poblaciones inmigrantes que traen creencias y prácticas culturales que suelen diferir críticamente de las culturas huésped. La cultura incide en los significados que la gente confiere a su salud y enfermedad, así como en su disposición y capacidad para interactuar de manera productiva con profesionales de salud mental. De manera simultánea, la experiencia de los inmigrantes de establecerse en un país nuevo plantea dificultades y factores de estrés que los tornan vulnerables a crisis de salud mental, en particular durante el período de llegada y adaptación iniciales a sus nuevos medios (Vega y Rumbaut, 1991).

En los Estados Unidos y otros países desarrollados, donde la atención médica y de salud mental está arraigada en sistemas médicos occidentales, la enfermedad mental conserva un estigma que hace que la gente se muestre reticente a solicitar tratamiento. A menudo, este problema se complica en naciones no occidentales, donde estos cuadros se pueden interpretar como un castigo por conductas pasadas. Esto es lamentable, porque los trastornos mentales –como esquizofrenia, trastorno bipolar, trastorno de angustia (*panic disorder*) y depresión mayor– se observan en todo el mundo y crean problemas sanitarios significativos en varios continentes (p. ej., Demyttenaere y cols., 2004). Consideramos que los investigadores y los profesionales de la salud comparten todos un objetivo común de detectar y eliminar el sufrimiento innecesario causado por la enfermedad mental en todas las sociedades; sin embargo, hasta ahora carecemos de un conocimiento acabado de las diferencias culturales en la interpretación de la enfermedad mental y de cómo esas diferencias inciden en la prevención y el tratamiento de la enfermedad en diferentes sociedades. Se requerirán creatividad e innovación significativas para eliminar las disparidades relativas a la salud mental tanto transnacionalmente como en los Estados Unidos. La investigación epidemiológica orientada a diferencias de psicopatología entre grupos poblacionales y diferencias intragrupo entre minorías raciales y étnicas será de particular importancia, dadas la precaria situación económica y social de muchos estadounidenses pertenecientes a minorías. Pese a los impresionantes avances del conocimiento respecto de las distribuciones nacionales de psicopatología y las prevalencias de conductas tendientes a solicitar ayuda y de uso de servicios de salud mental, nuestro conocimiento sobre trastornos mentales graves y salud mental entre poblaciones de subgrupos minoritarios y dentro de ellos continúa siendo escaso.

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

Medición transcultural de enfermedad mental

Consideramos que los enfoques tanto nacionales como transnacionales son esenciales para conocer completamente las variables predictivas, las influencias y las consecuencias de la salud y la enfermedad mentales entre grupos culturales y étnicos (Jackson y cols., 2004). La investigación nacional permite examinar diferencias étnicas en la prevalencia de enfermedad mental y en las actitudes hacia esta dentro de una nación específica. El enfoque transnacional nos permite observar cómo grupos étnicos y culturales expresan problemas similares a través de diferentes organismos políticos y económicos. Al considerar explícitamente la investigación tanto nacional como transnacional como un objetivo unificado, podemos conocer mejor la dinámica de la variación étnica sobre las diferencias de salud mental dentro de las naciones y extender este mejor conocimiento a nuestro análisis de investigaciones transnacionales comparativas. Por ejemplo, ¿los problemas de salud mental de los caribeños que viven en el Caribe son los mismos de los que han emigrado a los Estados Unidos? Al desarrollar diseños de investigación que encaren de manera explícita las diferencias étnicas y culturales, mejorará mucho nuestra capacidad de realizar investigación comparativa completa y elaborar tratamientos eficaces y apropiados.

La mayor parte de la investigación en salud mental se ha llevado a cabo en naciones occidentales (Kessler y Üstün, 2008). Hasta la fecha, muy pocas investigaciones se han centrado en las dimensiones culturales de la salud mental y en el grado en el que estos factores culturales podrían afectar adversamente el bienestar mental de una persona. Por lo general, los trastornos mentales se determinan por criterios diagnósticos estipulados en el DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) o, en algunas regiones del mundo, la CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1992), y un clínico efectúa un diagnóstico formal. Lamentablemente, se han realizado pocos estudios para validar estas medidas en países no occidentales (y que no hablan inglés), en especial entre poblaciones de minorías raciales y étnicas dentro de estas naciones. Sin herramientas diagnósticas uniformemente validadas, la investigación comparativa es imposible. Opinamos que la investigación previa ha subestimado de manera sustancial el grado en que la cultura influye en la salud física y psicológica. Esto es particularmente válido en comparaciones transnacionales de salud mental y trastornos mentales. Un factor clave es la ausencia de medidas y escalas estandarizadas que posibiliten un marco de investigación comparativa. Lo que todavía se necesita es, en parte, el equivalente de un termómetro, es decir, un instrumento que mida de manera fiable el mismo constructo entre distintos grupos, así como un termómetro mide de manera fiable la temperatura corporal cualesquiera que sean las diferencias entre grupos (W. Eaton, comunicación personal, noviembre de 2007). Sin embargo, es más importante la ausencia de coincidencia uniforme entre distintas naciones y entre distintas culturas respecto de qué constituye enfermedad mental. Por ejemplo, no queda claro en qué punto los síntomas alteran significativamente el funcionamiento de una persona en el hogar, la escuela, el trabajo y en la comunidad, lo que representa enfermedad mental. Sin un mejor conocimiento del cómo, qué y dónde de estas diferencias entre culturas, grupos étnicos y naciones, continuaremos enfrentando dificultades para definir medidas diagnósticas sistemáticas.

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

En los últimos años, han surgido nuevos enfoques diagnósticos, sensibles, desde el punto de vista cultural, en la medición de salud y trastornos mentales. Estas técnicas tendrán especial utilidad en el análisis de diversas poblaciones, pero deben ser examinadas de manera sistemática e incorporadas a una bibliografía unificada. El creciente número de estudios de validación para escalas de depresión, dentro de determinados países, son ejemplos de trabajo que se están llevando a cabo pero que todavía no han sido catalizados por completo (p. ej., Kessler y Üstün, 2008). También es oportuno prestar mayor atención a grupos inmigrantes, utilizando estudios como las Encuestas Colaborativas de Epidemiología Psiquiátrica (Collaborative Psychiatric Epidemiology Surveys, CPES; http://www.icpsr.umich.edu/CPES/index.html) porque permite desarrollar nuevos enfoques metodológicos para medir las diferencias étnicas de salud mental con datos especialmente diseñados para investigar esta clase de cuestiones (p. ej., Alegría y cols., 2009; Colpe y cols., 2004).

Cada vez más profesionales han reconocido la necesidad de investigación en salud mental culturalmente relevante, y hemos observado un crecimiento de atención competente desde el punto de vista cultural y de enfoques sensibles desde el punto de vista cultural para la determinación de trastornos mentales. En cierta medida, el problema por encarar es simple: ¿cómo podemos eliminar las disparidades relativas a salud mental, dado el constante aumento de la diversidad de la población tanto dentro de la nación como entre naciones, y los desplazamientos cada vez mayores de personas a través de las fronteras? Los cambios de composición racial y étnica de casi todas las poblaciones nacionales, junto con las crecientes crisis económicas y políticas en todo el mundo, hacen que cada vez más personas puedan estar expuestas a crisis de salud mental. Si bien nuestra capacidad de diagnosticar y tratar médicamente problemas de salud mental continúa mejorando, nuestra capacidad de trasladar estos beneficios a través de naciones y a través de diferentes grupos étnicos continúa retrasada. Esta disparidad es una consecuencia no sólo de la falta de atención al problema, sino también de la complejidad técnica de validar medidas occidentales establecidas de enfermedad como medidas culturalmente apropiadas que conserven la misma escala y significado.

Influencia de las condiciones ambientales

En los Estados Unidos; es evidente que la deprivación social y económica relativa de los afroamericanos y de muchos otros grupos minoritarios (p. ej., portorriqueños, vietnamitas) respecto de los blancos y otras minorías étnicas (p. ej., chinos, japoneses) influye en la distribución de la psicopatología entre minorías étnicas y raciales (Williams y Harris-Reid, 1999). La raza, el grupo étnico y los factores socioculturales son importantes para formar el contexto de salud y enfermedad mental, y como fuentes de influencia sobre el desarrollo normal y sobre el carácter, expresión y evolución del trastorno mental (Jackson y cols., 2004). Postulamos que estos factores contextuales se consideraron, en gran medida, como variación molesta (*nuisance*) en la mayoría de las investigaciones y, por lo tanto, no se las ha considerado importantes para comprender procesos cognitivos, sociales y patológicos básicos. Debemos prestar mayor atención al estudio de estos factores en el curso del desarrollo psicológico humano, incluida la aparición de psicopatología.

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

Nuestra investigación se fundamenta en este conjunto bastante básico de presunciones que aporta la base académica e intelectual para el trabajo analizado en este capítulo.

Nuestra investigación previa sugiere que las disparidades de recursos y factores ambientales de estrés entre grupos raciales y étnicos contribuyen a diferencias críticas en el diagnóstico, el acceso al tratamiento, la asignación a ciertos tipos de tratamiento, el abandono del tratamiento (terminación prematura) y el resultado del tratamiento (p. ej., Neighbors y cols., 1989). Se requiere mayor investigación en las áreas de epidemiología, documentación de las tasas de utilización y repercusión de la intervención culturalmente específica sobre el uso creciente, la disminución de la terminación prematura y los resultados del tratamiento. Hay evidencia preliminar de que el conocimiento cultural de los afroamericanos y otros grupos raciales y étnicos es útil porque es un "primer paso" necesario, aunque insuficiente, para llevar a cabo buenas intervenciones clínicas transculturales. Sin embargo, el conocimiento de la cultura sola no puede reemplazar la necesidad de desarrollar sistemas de prestación de servicios adecuados, buenas aptitudes terapéuticas y seguimientos eficaces.

La subutilización o la falta de utilización de servicios es un problema para las minorías étnicas, en especial cuando se considera el uso en relación con la prevalencia de morbilidad psiquiátrica en la población general (U.S. Department of Health and Human Services, 2001). Lo que es menos claro es si las minorías están subrepresentadas o no en los servicios de atención de salud mental respecto de no minorías que reciben atención, o si las minorías están subrepresentadas respecto de sus proporciones en la población. Una explicación de la subutilización de servicios por las minorías es el estigma unido a la solicitud de servicios de salud mental y el hecho de que es más probable que las minorías étnicas utilicen sistemas de apoyo informal alternativos o profesionales autóctonos. El uso de sistemas de apoyo informal por las minorías está bien documentado, pero la hipótesis de que son más proclives que los integrantes de grupos no minoritarios a adoptar esta forma de buscar ayuda es cuestionable, ya que todos los grupos cuentan mucho con sus redes sociales para obtener ayuda durante crisis. La bibliografía sobre la subutilización de servicios de salud mental por minorías étnicas carece de un foco epidemiológico, que podría mejorar la documentación de los factores sociales, económicos y culturales que pueden influir en las ideas de necesidad y búsqueda de ayuda para servicios de salud mental.

Algunos trabajos recientes consideran trastornos mentales determinados y las vías hacia el tratamiento, la divergencia diagnóstica, y la eficacia y los resultados del tratamiento entre diferentes grupos raciales y étnicos (p. ej., Alegría y cols., 2009). Consideramos que se requiere mayor investigación que evalúe factores de riesgo, fortalezas individuales y familiares, psicopatología individual y uso de servicios, todo dentro de un contexto firmemente orientado a múltiples niveles (individual, familiar, comunitario, organizativo) de investigación y análisis. Un tema consistente en nuestra investigación desde hace 30 años ha sido el interés por las influencias de los factores raciales y culturales en estos procesos, y su explicación y examen empírico (Jackson y cols., 2004).

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

Estado de salud mental

Pese a mejoras recientes en educación e ingresos, el nivel socioeconómico de los afroamericanos todavía es relativamente bajo respecto de los blancos y varios otros grupos minoritarios (Jackson, 2000). En consecuencia, los sujetos de raza negra y otros grupos pobres residen en vecindarios que tienen problemas, como altas tasas de delito, escuelas de baja calidad, alto nivel de desempleo, altos niveles de embarazo adolescente, viviendas inadecuadas y atención médica inferior, en un grado mucho mayor que los grupos pobres blancos no hispanos. Sobre la base de estos indicadores sociales, los científicos sociales y otros científicos del campo de la salud han argumentado que el estrés asociado con las carencias y la exposición a discriminación aumenta la vulnerabilidad de los afroamericanos y otras minorías étnicas y raciales a trastornos mentales y físicos (p. ej., Nazroo, 2003). Pese a la atención prestada a estimar los efectos relativos del bajo nivel socioeconómico sobre la morbilidad, todavía no conocemos por completo cómo interactúan la raza y grupo étnico y el nivel socioeconómico para causar los patrones de distrés observados (Dohrenwend y cols., 1992).

Si se consideran solo los constructos globales, como el distrés psicológico, se observa que aportan solo información limitada sobre diferencias grupales de morbilidad psiquiátrica. El Estudio de Área de Captación Epidemiológica (Epidemiologic Catchment Area, ECA) del National Institute of Mental Health de cinco centros sobre las tasas de prevalencia de trastornos psiquiátricos específicos utilizó métodos que consideraron parte de la ambigüedad inherente del enfoque de lista de verificación de síntomas y preocupaciones sobre el sesgo de selección de los estudios clínicos (Robins y Regier, 1991). Con las excepciones de esquizofrenia y fobias, el estudio ECA halló tasas aproximadamente comparables de trastornos mentales en individuos negros y en individuos blancos (Robins y Regier, 1991). Por ejemplo, los análisis ajustados por edad según sexo y centro de ECA no mostraron ningún aumento por encima de la norma uniforme de la prevalencia durante la vida o en seis meses de depresión entre afroamericanos (Somerwell y cols., 1989). Aun más llamativo, los resultados de la Encuesta Nacional de Comorbilidad (National Comorbidity Survey, NCS) de 1990 indicaron que las tasas de trastornos de los afroamericanos eran consistentemente *más bajas* que las de los blancos; estas diferencias inesperadas fueron bastante pronunciadas para depresión y trastornos por abuso de sustancias (Kessler y cols., 1994). Las únicas excepciones a estas tendencias correspondieron a las tasas de fobia: los negros tenían tasas significativamente más altas de agorafobia que los blancos (Magee y cols., 1996). Estos hallazgos contradijeron lo previsto, dadas las pobres condiciones de vida de los afroamericanos de las muestras del ECA y la NCS respecto de las de los blancos. Sin embargo, los estudios epidemiológicos psiquiátricos en general mostraron que la salud mental de los afroamericanos es mejor que la que cabría esperar, sobre la base de los efectos asumidos de la discriminación y el estado carenciado (Jackson y cols., 2004; Williams y Harris-Reid, 1999). Estos patrones de datos seguirán siendo confusos en tanto los estudios epidemiológicos de las minorías americanas continúen centrándose sólo en los correlatos demográficos del trastorno mental. El esclarecimiento exigirá investigaciones empíricas más

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

completas de las diferencias de las tasas de prevalencia de trastornos mentales, junto con datos sobre las diferencias de exposición y las respuestas a los factores de estrés, en muestras con representantes suficientes de minorías para permitir comparaciones significativas.

Estrés y adaptación

En la Encuesta Nacional de Estadounidenses de Raza Negra (National Survey of Black Americans) y, 20 años más adelante, en la Encuesta Nacional de Vida Americana (National Survey of American Life), en curso, aplicamos un enfoque de estrés-adaptación para conocer la distribución de distrés y trastornos en afroamericanos y otros grupos minoritarios (Jackson y cols., 2004). El paradigma de estrés existencial aporta un marco útil para considerar y comprender el papel de los factores de estrés en las vidas de las personas de raza negra y otros grupos discriminados. En términos de este marco de trabajo, la investigación en curso 1) examina el carácter y la distribución de los factores de estrés y el estrés entre los principales grupos minoritarios y blancos según factores sociales, económicos y sociodemográficos; 2) examina las influencias de estos factores de estrés sobre trastornos mentales, gravedad de los trastornos, y distrés y alteración psicológicos; y 3) explora los papeles de los recursos psicológicos y sociales (p. ej., dominio, autoestima, apoyo emocional e instrumental informal, compromiso religioso) para amortiguar los efectos del estrés sobre la salud mental y la búsqueda de ayuda.

Asimismo, corresponde destacar que, aunque hay factores comunes importantes en diversas experiencias raciales y étnicas, también hay considerable variación étnica *dentro* de las principales poblaciones minoritarias; por ejemplo, los caribeños representan el subgrupo de raza negra más grande de los Estados Unidos (Kent, 2007). Sin embargo, estudios previos de salud mental de minorías no consideraron las consecuencias para la salud mental de esta variación entre raza y grupo étnico y dentro de este (p. ej., diferencias entre grupos hispanos y asiáticos). Por ejemplo, se sugirió que las dificultades –como estrés laboral, ambiciones frustradas y demandas de familiares que aún residen en el Caribe– ejercen influencias negativas sobre la salud mental de los subgrupos caribeños (Nazroo, 2003). Se pueden formular argumentos similares para poblaciones asiáticas e hispanas.

Episodio depresivo mayor y trastorno depresivo mayor

Para ilustrar los efectos de la raza, el grupo étnico, la cultura y la inmigración sobre el diagnóstico, utilizamos datos de la CPES (2001-2003). Este es un conjunto de datos epidemiológicos completos de más de 20.000 adultos que residen en la comunidad, que incluye las distribuciones, correlatos y factores de riesgo de trastornos mentales en la población general de los EE. UU., con énfasis especial en grupos de minorías étnicas. Los tres estudios que componen la CPES son 1) la NCS Replication (NCS-R), una encuesta representativa a nivel nacional sobre la preva-

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

lencia de trastornos mentales clínicamente significativos; 2) la National Survey of American Life, una encuesta representativa a nivel nacional de poblaciones afroamericanas y negras caribeñas de los Estados Unidos y encuestados blancos no hispanos que viven en las mismas comunidades que los afroamericanos; y 3) la National Latin and Asian American Survey (Encuesta Nacional de latinos y asiáticos americanos), el primer estudio de esta clase que mide la epidemiología psiquiátrica y la utilización de servicios entre americanos hispanos y asiáticos con un marco de muestreo representativo a nivel nacional. Los tres estudios utilizaron una versión ampliada de la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta de la Organización Mundial de la Salud (Kessler y Üstün, 2004), un instrumento totalmente estructurado, administrado por entrevistadores legos capacitados. Los diagnósticos de trastornos se basaron en los criterios del DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994).

En la CPES, se identificaron nueve grupos raciales/étnicos: vietnamitas, filipinos, chinos, cubanos, portorriqueños, mexicanos, negros caribeños, afroamericanos y blancos no hispanos. Para cada grupo, se creó la categoría "otro", que incluye a individuos que no encajan en los nueve grupos identificados y son demasiado pocos para formar grupos étnicos independientes. La evaluación de episodio depresivo mayor (EDM) no incluyó el criterio B ("los síntomas no cumplen los criterios de un episodio mixto") ni el criterio E ("los síntomas no son mejor explicados por duelo"). El algoritmo para trastorno depresivo mayor (TDM) no operacionalizó el criterio B ("el episodio depresivo mayor no es mejor explicado por trastorno esquizoafectivo") ni el criterio C de exclusión de "episodio mixto". Además, la National Latin and Asian American Survey no evaluó manía; por lo tanto, nuestros análisis de TDM se limitaron a diferencias intragrupales e intergrupales para negros caribeños, afroamericanos y blancos.

El Cuadro 12-1 muestra las tasas de prevalencia de EDM durante la vida por grupo racial y étnico, y por sexo y lugar de nacimiento entre grupos raciales y étnicos. Los análisis que investigaron la diferencia entre las tasas (no presentados en el cuadro) revelaron que los portorriqueños y los blancos tenían tasas significativamente *más altas* de EDM durante la vida que todos los otros grupos. Dentro de los grupos hispanos, las tasas de EDM durante la vida de portorriqueños, cubanos y mexicanos fueron todas significativamente diferentes entre sí, y la tasa más baja correspondió a los mexicanos. Las tasas de negros caribeños y afroamericanos fueron comparables y no difirieron de las de los cubanos y mexicanos. Las tasas *más bajas* de EDM durante la vida se observaron en los grupos étnicos asiáticos, y la mínima correspondió a los filipinos. En cambio, las tasas de los chinos fueron comparables con las de los negros caribeños y los afroamericanos.

Las diferencias significativas por género tuvieron la dirección prevista, y las tasas de EDM durante la vida eran más altas en las mujeres que en los hombres en todos los grupos, excepto vietnamitas, filipinos y negros caribeños (véase Cuadro 12-1). Los asiáticos nacidos fuera de los EE. UU. continuaron presentando las tasas más bajas de EDM durante la vida. Interesa destacar que las tasas de los chinos nacidos en los Estados Unidos casi triplicaron las de los chinos nacidos fuera de dicho país. Se detectaron otras diferencias notables relacionadas con el lugar de nacimiento entre mexicanos, negros caribeños y blancos: todos tenían

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

CUADRO 12-1. Tasas de prevalencia de episodio depresivo mayor[a] por raza y grupo étnico, sexo y lugar de nacimiento–toda la vida

	Nacidos en los EE. UU.			No nacidos en los EE. UU.		
Grupo	Total % (EE)	Sexo masculino % (EE)	Sexo femenino % (EE)	Total % (EE)	Sexo masculino % (EE)	Sexo femenino % (EE)
Vietnamitas				**6,99 (6,62)**	**0,00 (0,00)**	**10,71 (9,88)**
Filipinos	7,23 (1,36)	5,95 (1,68)	8,25 (1,75)	11,99 (2,97)	10,13 (4,78)	13,71 (4,39)
Chinos	10,11 (1,60)	7,19 (1,61)	12,62* (2,29)	21,47 (3,49)	9,17 (2,45)	33,17* (5,86)
Otros asiáticos	9,66 (1,25)	8,27 (1,61)	11,08 (2,03)	10,21 (2,35)	8,01 (3,06)	12,40 (3,41)
Cubanos	17,39 (0,83)	13,01 (1,51)	22,23* (1,49)	14,85 (3,87)	13,85 (5,20)	16,21 (6,67)
Portorriqueños	22,22 (1,77)	16,73 (2,16)	27,48* (3,16)	21,19 (2,64)	16,89 (3,73)	24,87* (3,54)
Mexicanos	14,50 (0,74)	11,04 (1,06)	18,31* (0,96)	19,20 (1,37)	14,49 (1,41)	24,13* (1,95)
Otros latinos	15,72 (1,18)	12,23 (2,20)	19,09* (1,58)	18,78 (2,21)	15,17 (4,30)	22,52 (2,75)
	Total % (EE)	Sexo masculino % (EE)	Sexo femenino % (EE)	Total % (EE)	Sexo masculino % (EE)	Sexo femenino % (EE)
				8,49 (1,87)	11,71 (3,50)	5,77 (1,62)
				5,18 (1,35)	3,96 (1,40)	6,10 (1,63)
				7,68 (1,52)	6,83 (1,83)	8,38 (2,06)
				11,04 (1,73)	10,10 (2,28)	11,96 (2,65)
				17,79 (0,95)	12,86 (1,74)	23,06* (1,63)
				23,46 (2,80)	16,56 (4,77)	31,06* (4,34)
				11,72 (1,06)	8,68 (1,49)	15,23* (1,87)
				15,43 (1,69)	11,59 (2,68)	18,77* (2,24)

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

CUADRO 12-1. Tasas de prevalencia de episodio depresivo mayor[a] por raza y grupo étnico, sexo y lugar de nacimiento–toda la vida *(cont.)*

				Nacidos en los EE. UU.			No nacidos en los EE. UU.		
Grupo	Total % (EE)	Sexo masculino % (EE)	Sexo femenino % (EE)	Total % (EE)	Sexo masculino % (EE)	Sexo femenino % (EE)	Total % (EE)	Sexo masculino % (EE)	Sexo femenino % (EE)
Negros caribeños	14,26 (2,25)	14,85 (4,58)	13,70 (2,02)	24,14 (5,12)	26,37 (8,71)	22,22 (4,32)	9,12 (2,06)	9,17 (3,35)	9,07 (1,42)
Afroamericanos	12,26 (0,53)	8,93 (0,77)	14,92* (0,63)	13,07 (0,59)	9,72 (0,84)	15,67* (0,68)	13,36 (3,40)	**2,31 (1,65)**	29,62* (8,48)
Blancos no latinos	20,35 (0,49)	15,99 (0,87)	24,43* (0,54)	26,06 (0,64)	20,81 (1,02)	30,81* (0,69)	17,18 (2,79)	10,19 (2,92)	23,55* (4,46)
Ninguno de los anteriores[b]	29,29 (2,88)	26,42 (4,70)	31,39 (5,00)	38,98 (3,89)	33,74 (5,78)	42,53 (6,86)	**20,05 (12,80)**	**30,35 (24,81)**	**13,02 (11,21)**
Total	18,60 (0,44)	14,62 (0,68)	2,28* (0,47)	23,92 (0,59)	19,03 0,85)	28,27* (0,64)	12,77 (0,67)	9,73 (0,83)	15,74* (1,05)

Nota: Para dos grupos cualesquiera, divida el valor absoluto de la diferencia entre las tasas de prevalencia por el error estándar más grande para las dos tasas; si es > 2, es probable que la diferencia sea significativa en el nivel del 5%; de lo contrario, probablemente no haya ninguna diferencia entre los dos grupos. Para los datos en negrita, la tasa de prevalencia o el número de casos era demasiado bajo para ser fiable.

[a] Las tasas de prevalencia fueron ponderadas; los errores estándares fueron corregidos para diseño complejo simple.

[b] Incluye grupos raciales y étnicos que no se identificaron con ninguno de los grupos anteriores (p. ej., aborígenes americanos o árabes, que se identificaron sólo como tales).

* La diferencia de sexo intragrupo es significativa en el nivel de 0,05.

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

tasas más altas si habían nacido en los Estados Unidos. Este patrón cambiaba según el género: las mujeres cubanas, portorriqueñas y afroamericanas nacidas fuera de los Estados Unidos tenían tasas significativamente más altas de EDM durante la vida que las mujeres nacidas en ese país.

El Cuadro 12-2 presenta las tasas de prevalencia de EDM en los últimos 12 meses. Estas tasas muestran patrones similares al EDM durante la vida. Los portorriqueños presentaron una tasa significativamente más alta que todos los demás grupos raciales y étnicos, incluidos los individuos blancos, que tenían la segunda tasa más alta (el cuadro no muestra las pruebas de significación). La tasa para los blancos fue comparable con las de todos los grupos étnicos, excepto los asiáticos. Los grupos étnicos asiáticos presentaron las tasas más bajas de EDM en los últimos 12 meses, sin diferencias entre los grupos. Si bien los grupos de vietnamitas y filipinos tenían tasas significativamente más bajas de EDM en los últimos 12 meses que todos los demás grupos étnicos, la tasa de los chinos no mostró diferencia estadística respecto de las tasas de negros caribeños y afroamericanos.

Los patrones entre grupos raciales y étnicos se asemejaron a los observados para el EDM durante la vida cuando se consideraron el género y el lugar de nacimiento, con unas pocas excepciones. Todas las diferencias por sexo significativas fueron las previstas, con tasas de EDM en los últimos 12 meses más altas en las mujeres que en los hombres. Interesa destacar que los hombres tenían tasas más altas que las mujeres entre negros caribeños y vietnamitas, pero estas diferencias no fueron significativas. Asimismo, hubo diferencias evidentes en las tasas según el lugar de nacimiento, y aquellos nacidos en los Estados Unidos tenían, en general, tasas más altas de EDM en los últimos 12 meses que aquellos no nacidos en los Estados Unidos.

Los Cuadros 12-3 y 12-4 muestran las tasas de TDM durante la vida y en los últimos 12 meses de negros caribeños, afroamericanos y blancos. En términos generales, los blancos y las mujeres blancas presentaban tasa más altas de TDM tanto durante la vida como en los últimos 12 meses que los negros caribeños y los afroamericanos, y hubo diferencias significativas por sexo en todos los grupos, excepto los negros caribeños, lo que es compatible con hallazgos previos. La mayoría de las tasas durante la vida de aquellos nacidos en los Estados Unidos eran mucho más altas que las de los nacidos fuera de ese país, salvo en el caso de las mujeres afroamericanas nacidas fuera de los Estados Unidos, que tenían tasas más altas. Otro hallazgo interesante es que los blancos nacidos fuera de los Estados Unidos tenían una tasa de TDM que duplicaba la de los negros caribeños nacidos fuera de los Estados Unidos. En estos grupos, este patrón era aun más llamativo en las mujeres nacidas fuera de los Estados Unidos. Los patrones de lugar de nacimiento no se mantuvieron para el TDM en los últimos 12 meses.

Conclusión

Los hallazgos relacionados con depresión mayor provenientes de los análisis del conjunto de datos de la CPES sugieren la necesidad de considerar la intersección de raza, inmigración, cultura y grupo étnico al evaluar trastornos del estado de pánico en diversas poblaciones. Se observaron patrones de consistencia y dife-

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

rencia entre grupos raciales y étnicos y dentro de ellos, y según el género y el lugar de nacimiento. Los grupos étnicos asiáticos vietnamitas y filipinos que residían en los Estados Unidos comunicaron tasas más bajas de EDM y TDM que todos los demás grupos, incluidos los chinos. En cambio, los portorriqueños presentaron consistentemente las tasas máximas de estos trastornos. Aunque este trabajo no nos informa acerca de tasas absolutas de depresión, sí ilustra la heterogeneidad de expresión y autoinformes de síntomas que cumplen los criterios de EDM/TDM del DSM-IV. Por ejemplo, quizá los portorriqueños se sientan cómodos expresando sus sentimientos y reconociéndolos en la situación de entrevista usada en los estudios de la CPES, sobre todo en comparación con individuos de grupos asiáticos. O, quizá, los grupos que mostraron tener tasas de prevalencia más bajas expresen la depresión de formas distintas a las identificadas por los criterios del DSM-IV (p. ej., irritabilidad frente a tristeza o pérdida de interés). Se requerirá un estudio más detallado para desentrañar estas explicaciones alternativas. De todos modos, estos resultados muestran, de hecho, que es muy útil examinar la variación intragrupo entre asiáticos, negros e hispanos, porque han surgido diferencias importantes que tienen implicaciones para el tratamiento y la intervención.

Es llamativo que el concepto habitualmente prevaleciente de que las mujeres presentan más depresión que los hombres en general resultó verdadero en la mayoría de los grupos raciales y étnicos. Sin embargo, es crucial destacar que no se observaron diferencias por sexo entre negros caribeños y la mayoría de los grupos étnicos asiáticos. Las tendencias de los datos sugieren un riesgo de depresión en hombres de raza negra caribeños y vietnamitas. La atención a la intersección del género y la cultura son los siguientes pasos críticos para progresar en este trabajo. Los hallazgos relacionados con el lugar de nacimiento avalan con firmeza el concepto de que la probabilidad de hallar depresión es menor en miembros de grupos raciales o étnicos nacidos fuera de los Estados Unidos que en aquellos nacidos en los Estados Unidos. Es posible que los asiáticos presenten, en realidad, tasas más bajas de depresión que otros grupos raciales y étnicos, y que las mujeres tengan un riesgo más alto de depresión que los hombres, pero se requieren otros análisis en el nivel de síntomas, quizá ampliando los criterios del DSM-IV, para comprender por completo el carácter de los trastornos en diferentes grupos raciales y étnicos.

En conclusión, hay grandes disparidades de morbimortalidad física que no se reflejan en las mismas disparidades de trastornos mentales graves. Específicamente, se debe conocer la variación de la prevalencia de depresión entre grupos raciales y étnicos y dentro de ellos en el contexto de otras cargas para la salud. Por ejemplo, si bien los afroamericanos tienen tasas más bajas de EDM y TDM respecto de los blancos no hispanos, presentan tasas sustancialmente más altas de enfermedades físicas que se asocian con sintomatología depresiva, como enfermedad cardiovascular, la mayoría de los cánceres y diabetes tipo 2. Conocer esta paradoja de salud es crucial para comprender el carácter de los trastornos mentales y los tipos de servicios requeridos. Hemos especulado acerca de posibles causas de estas relaciones entre salud física y mental, pero se requiere más investigación (Jackson y Knight, 2006; Jackson y cols., 2010). Se necesitan nuevas orientaciones en la investigación sobre salud mental, incluidos servicios de salud mental –en

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

CUADRO 12-2. Tasas de prevalencia de episodio depresivo mayor[a] por raza y grupo étnico, sexo y lugar de nacimiento

				Nacidos en los EE. UU.			No nacidos en los EE. UU.		
Grupo	*Total* % (EE)	Sexo *masculino* % (EE)	Sexo femenino % (EE)	Total % (EE)	Sexo masculino % (EE)	Sexo femenino % (EE)	Total % (EE)	Sexo masculino % (EE)	Sexo femenino % (EE)
Vietnamitas	4,18	6,49	2,25	**6,99**	**0,00**	**10,71**	4,09	6,65	1,94
	(1,12)	(2,38)	(0,84)	**(6,62)**	**(0,00)**	**(9,88)**	(1,13)	(2,44)	(0,79)
Filipinos	4,17	4,19	4,16	7,48	6,53	8,36	2,75	**3,07**	**2,51**
	(1,08)	(1,40)	(1,52)	(2,04)	(3,41)	(4,15)	(1,12)	**(1,51)**	**(1,29)**
Chinos	4,62	3,13	5,91	8,75	**4,60**	12,71	3,75	2,83	4,51
	(1,23)	(1,22)	(1,59)	(2,10)	**(2,04)**	(4,01)	(1,33)	(1,38)	(1,64)
Otros asiáticos	4,89	4,55	5,23	4,06	**1,83**	6,28	6,00	6,67	5,27
	(0,93)	(1,35)	(1,35)	(1,72)	**(1,74)**	(2,86)	(1,37)	(2,08)	(1,69)
Cubanos	7,96	5,41	10,79*	**5,36**	**7,36**	**2,64**	8,38	5,06	11,92*
	(0,75)	(0,97)	(1,34)	**(2,81)**	**(4,26)**	**(2,55)**	(0,70)	(0,89)	(1,34)
Portorriqueños	11,85	10,04	13,59	10,71	9,23	11,99	13,23	10,91	15,78
	(1,45)	(2,16)	(2,53)	(1,93)	(2,56)	(2,81)	(2,07)	(3,97)	(3,34)
Mexicanos	8,01	6,58	9,58*	10,37	8,81	12,00	6,7	5,03	8,82
	(0,59)	(0,91)	(0,90)	(1,16)	(1,31)	(1,67)	(0,63)	(1,08)	(1,39)
Otros latinos	7,48	4,66	10,18*	8,03	4,14	12,06*	8,03	5,93	9,86*
	(0,82)	(1,09)	(1,16)	(1,31)	(1,44)	(1,90)	(1,32)	(1,75)	(1,55)

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

CUADRO 12-2. Tasas de prevalencia de episodio depresivo mayor[a] por raza, grupo étnico y lugar de nacimiento *(cont.)*

	Nacidos en los EE. UU.					No nacidos en los EE. UU.		
Grupo	Total % (EE)	Sexo masculino % (EE)	Sexo femenino % (EE)	Total % (EE)	Sexo masculino % (EE)	Sexo femenino % (EE)	Total % (EE)	Sexo masculino % (EE)	Sexo femenino % (EE)
Negros caribeños	7,83 (1,67)	10,42 (3,72)	5,38 (1,19)	13,35 (3,73)	21,05 (7,52)	6,76 (1,93)	4,83 (1,10)	5,12 (1,86)	4,54 (0,99)
Afroamericanos	6,79 (0,41)	4,54 (0,56)	8,58* (0,49)	7,21 (0,44)	4,87 (0,61)	9,03* (0,52)	7,97 (2,86)	**1,03 (1,03)**	18,18* (6,44)
Blancos no latinos	8,34 (0,32)	6,34 (0,43)	10,21* (0,47)	10,72 (0,43)	8,26 (0,53)	12,94* (0,62)	6,83 (1,92)	**3,35 (1,76)**	10,01 (3,32)
Ninguno de los anteriores[b]	14,70 (2,49)	13,22 (3,21)	15,78 (4,18)	19,86 (3,84)	16,56 (3,75)	22,09 (5,48)	**12,31 (11,71)**	**30,35 (24,81)**	**0,00 (0,00)**
Total	8,12 (0,26)	6,22 (0,35)	9,87* (0,38)	10,32 (0,36)	7,93 (0,43)	12,44* (0,52)	6,56 (0,47)	5,27 (0,63)	7,83* (0,74)

Nota: Para dos grupos cualesquiera, divida el valor absoluto de la diferencia entre las tasas de prevalencia por el error estándar más grande para las dos tasas; si es > 2, es probable que la diferencia sea significativa en el nivel del 5%; de lo contrario, probablemente no haya ninguna diferencia entre los dos grupos. Para los datos en negrita, la tasa de prevalencia o el número de casos era demasiado bajo para ser fiable.

[a] Las tasas de prevalencia fueron ponderadas; los errores estándares fueron corregidos para diseño complejo simple.

[b] Incluye grupos raciales y étnicos que no se identificaron con ninguno de los grupos anteriores (p. ej., aborígenes americanos o árabes, que se identificaron sólo como tales).

* La diferencia de sexo intragrupo es significativa en el nivel 0,05.

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

CUADRO 12-3. Tasas de prevalencia durante la vida de trastorno depresivo mayor[a] por raza, grupo étnico, sexo y lugar de nacimiento

				Nacidos en los EE. UU.			No nacidos en los EE. UU.		
Grupo	Total % (EE)	Sexo masculino % (EE)	Sexo femenino % (EE)	Total % (EE)	Sexo masculino % (EE)	Sexo femenino % (EE)	Total % (EE)	Sexo masculino % (EE)	Sexo femenino % (EE)
Negros caribeños	12,85 (2,33)	14,02 (4,58)	11,74 (1,99)	21,18 (5,46)	25,50 (8,86)	17,48 (4,40)	8,48 (2,04)	8,35 (3,30)	8,61 (1,39)
Afroamericanos	10,39 (0,47)	7,38 (0,69)	12,79* (0,62)	11,08 (0,53)	8,15 (0,77)	13,35* (0,67)	12,65 (3,49)	**2,31 (1,65)**	27,86* (8,40)
Blancos no latinos	17,93 (0,54)	13,87 (0,81)	21,73* (0,53)	22,90 (0,69)	17,94 (0,96)	27,38* (0,71)	16,78 (2,78)	10,19 (2,92)	22,80* (4,45)
Total[b]	16,95 (0,49)	13,12 (0,73)	20,45* (0,48)	21,17 (0,65)	16,64 (0,86)	25,17* (0,67)	14,78 (2,01)	8,88 (2,12)	20,52* (3,31)

Nota: Para dos grupos cualesquiera, divida el valor absoluto de la diferencia entre las tasas de prevalencia por el error estándar más grande para las dos tasas; si es > 2, es probable que la diferencia sea significativa en el nivel del 5%; de lo contrario, probablemente no haya ninguna diferencia entre los dos grupos. Para los datos en negrita, la tasa de prevalencia o el número de casos era demasiado bajo para ser fiable.

[a] Las tasas de prevalencia fueron ponderadas; los errores estándares fueron corregidos para diseño complejo simple.

[b] Incluye tasas de prevalencia combinadas de negros caribeños, afroamericanos y blancos no latinos.

* La diferencia de sexo intragrupo es significativa en el nivel 0,05.

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

CUADRO 12-4. Tasas de prevalencia de trastorno depresivo mayor en los últimos 12 meses[a] por raza, grupo étnico, sexo y lugar de nacimiento

				Nacidos en los EE. UU.			No nacidos en los EE. UU.		
Grupo	Total % (EE)	Sexo masculino % (EE)	Sexo femenino % (EE)	Total % (EE)	Sexo masculino % (EE)	Sexo femenino % (EE)	Total % (EE)	Sexo masculino % (EE)	Sexo femenino % (EE)
Negros caribeños	7,31 (1,74)	10,04 (3,72)	4,71 (1,02)	12,61 (4,02)	20,74 (7,57)	5,66 (1,67)	4,83 (1,08)	4,71 (1,83)	4,09 (0,90)
Afroamericanos	5,30 (0,37)	3,12 (0,43)	7,04* (0,46)	5,63 (0,42)	3,45 (0,50)	7,32* (0,51)	7,97 **(2,86)**	**1,03 (1,03)**	18,18* (6,44)
Blancos no latinos	6,97 (0,29)	5,03 (0,39)	8,78* (0,39)	8,91 (0,39)	6,50 (0,49)	11,08* (0,53)	6,83 (1,92)	**3,35 (1,76)**	10,01 (3,32)
Total[b]	6,76 (0,26)	4,85 (0,35)	8,51* (0,35)	8,44 (0,35)	6,13 (0,43)	10,48* (0,47)	6,48 (1,39)	3,34 (1,27)	9,54* (2,49)

Nota: Para dos grupos cualesquiera, divida el valor absoluto de la diferencia entre las tasas de prevalencia por el error estándar *más grande* para las dos tasas; *si es* > 2, es probable que la diferencia sea significativa en el nivel del 5%; de lo contrario, probablemente no haya ninguna diferencia entre los dos grupos. Para los datos en negrita, la tasa de prevalencia o el número de casos era demasiado bajo para ser fiable.

[a] Las tasas de prevalencia fueron ponderadas; los errores estándares fueron corregidos para diseño complejo simple.

[b] Incluye tasas de prevalencia combinadas de negros caribeños, afroamericanos y blancos no latinos.

* La diferencia de sexos intragrupo es significativa en el nivel 0,05.

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

especial, estudios centrados fundamentalmente en variaciones raciales, étnicas y culturales– que usen las técnicas analíticas más complejas existentes en la actualidad (Alarcón y cols., 2002). Esto exigirá prestar mayor atención a cómo se combinan la raza, la inmigración, la cultura y el grupo étnico (dentro del contexto de las condiciones de vida y los niveles sociales y económicos) para influir en los diagnósticos de trastornos mentales graves, necesidades de servicios, enfoques de intervención y tratamiento para una población en constante crecimiento de niños y adultos étnica, racial y culturalmente distintos.

Bibliografía

Alarcón RD, Bell CC, Kirmayer LJ, et al: Beyond the funhouse mirrors: research agenda on culture and psychiatric diagnosis. En: A Research Agenda for DSM-V. Editado por Kupfer DJ, First MB, Regier DA. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2002, pp 219–281

Alegría M, Woo M, Takeuchi D, et al: Ethnic and racial group–specific considerations. En: Disparities in Psychiatric Care: Clinical and Cross-Cultural Perspectives. Editado por Ruiz P, Primm A. Baltimore, MD, Lippincott Williams & Wilkins, 2009, pp 306–318

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4ª ed. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994

Angel JL, Hogan DP: Population aging and diversity in a new era. En: Closing the Gap: Improving the Health of Minority Elders in the New Millennium. Editado por Whitfield KE. Washington, DC, Gerontological Soviety of America, 2004, pp 1–12

Colpe L, Merikangas K, Cuthbert B, et al: Guest editorial. Int J Methods Psychiatr Res 13:193–195, 2004

Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J, et al: Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. JAMA 291:2581–2590, 2004

Dohrenwend BP, Levav I, Shrout PE, et al: Socioeconomic status and psychiatric disorders: the causation-selection issue. Science 255:946–952, 1992

Jackson JS (ed): New Directions: African Americans in a Diversifying Nation. Washington, DC, National Policy Association, Program for Research on Black Americans, University of Michigan, 2000

Jackson JS, Knight KM: Race and self-regulatory health behaviors: the role of the stress response and the HPA axis in physical and mental health disparities. En: Social Structures, Aging, and Self-Regulation in the Elderly. Editado por Schaie KW, Carstensen L. New York, Springer, 2006, pp 189–208

Jackson JS, Torres M, Caldwell CH, et al: The National Survey of American Life: a study of racial, ethnic and cultural influences on mental disorders and mental health. Int J Methods Psychiatr Res 13:196–207, 2004

Jackson JS, Knight KM, Rafferty JA: Race and unhealthy behaviors: chronic stress, the HPA axis, and physical and mental health disparities over the life course. Am J Public Health 100:933–939, 2010

Karlsen S, Nazroo JY: Agency and structure: the impact of ethnic identity and racism on the health of ethnic minority people. Sociol Health Illn 24:1–20, 2002

Kent MM: Immigration and America's black population. Popul Bull 62:1–16, 2007

Kessler RC, Üstün TB: The World Mental Health (WMH) Survey Initiative Version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). Int J Methods Psychiatr Res 13:93–121, 2004

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

Kessler RC, Üstün TB (eds): The WHO Mental Health Surveys: Global Perspectives on the Epidemiology of Mental Disorders. New York, Cambridge University Press, 2008

Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, et al: Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry 51:8–19, 1994

Magee WJ, Eaton WW, Wittchen HU, et al: Agoraphobia, simple phobia, and social phobia in the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry 53:159–168, 1996

Nazroo J: The structuring of ethnic inequalities in health economic position, racial discrimination, and racism. Am J Publ Health 93:277–284, 2003

Neighbors HW, Jackson JS, Campbell L, et al: The influence of racial factors on psychiatric diagnosis: a review and suggestions for research. Community Ment Health J 25:301–311, 1989

Noh S, Kaspar V: Perceived discrimination and depression: moderating effects of coping, acculturation, and ethnic support. Am J Public Health 93:232–238, 2003

Robins L, Regier DA (eds): Psychiatric Disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area Study. New York, Free Press, 1991

Somervell PD, Leaf PJ, Weissman MM, et al: The prevalence of major depression in black and white adults in five United States communities. Am J Epidemiol 130:725–735, 1989

U.S. Department of Health and Human Services: Mental Health: Culture, Race, and Ethnicity—A Supplement to Mental Health: A Report of the Surgeon General. Rockville, MD, U.S. Department of Health and Human Services, Office of the Surgeon General, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2001

Vega WA, Rumbaut RG: Ethnic minorities and mental health. Annu Rev Sociol 17:351–383, 1991

Williams DR, Harris-Reid M: Race and mental health: emerging patterns and promising approaches. En: A Handbook for the Study of Mental Health: Social Contexts, Theories, and Systems. Editado por Horwitz AV, Scheid L. Cambridge, UK, Cambridge University Press, 1999, pp 295–314

World Health Organization: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10ª revisión. Geneva, World Health Organization, 1992

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

CAPÍTULO 13

GÉNERO Y CUESTIONES RELACIONADAS CON EL GÉNERO EN EL DSM-5

Kimberly A. Yonkers, M.D.
Diana E. Clarke, Ph.D.

La American Psychiatric Association elabora una nueva edición del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), el DSM-5, por lo que tiene la oportunidad de considerar una serie de cuestiones que no se incluyeron o se manejaron de manera dispar en reediciones previas del DSM. El concepto de que puede haber diferencias de género, raza o étnicas en la incidencia, prevalencia o expresión de la enfermedad psiquiátrica no es nuevo. De modo similar, se ha sugerido la posibilidad de sesgo por género en algunas de las categorías del DSM (Kaplan, 1983). Las cuestiones vigentes son cómo los conjuntos de criterios y el texto del manual pueden transmitir en forma óptima la información más exacta y tener en cuenta las posibles diferencias entre los numerosos subgrupos. El foco de este capítulo es la inclusión tanto de las diferencias de género como de las características relacionadas con el género en el DSM-5. Empleamos el término *género*, y no *sexo*, porque analizamos el constructo psicológico de género en lugar de sólo el determinismo biológico asociado con el nacimiento como varón o mujer. Sin embargo, reconocemos que gran parte de la "psicología" del género deriva del

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

sexo biológico de la persona, así como de la respuesta de los otros a este. Además, algunas de las cuestiones del DSM se relacionan con el funcionamiento biológico (sexual) y no con el género.

Contexto histórico de las cuestiones de género en el DSM

Widiger y cols. (Hartung y Widiger, 1998; Widiger, 2007) han revisado la inclusión de las cuestiones de género en el DSM, en varias comunicaciones que ilustran tanto una evolución del modo de manejar estas cuestiones como un déficit de la información disponible en las diversas ediciones del DSM. El DSM-I incluyó el género como una de las variables demográficas que sería importante medir en las poblaciones con enfermedades mentales, pero esta edición no incluyó proporciones o estadísticas de prevalencia por género (American Psychiatric Association, 1952). El DSM-II incorporó una categoría específica de género de psicosis puerperal, pero no conservó la categoría en reediciones futuras del DSM (American Psychiatric Association, 1968). El DSM-III mejoró la información existente acerca de efectos del género al incluir secciones sobre "manifestaciones asociadas", "edad de comienzo", "complicaciones y factores predisponentes" y, en muchas secciones, "proporción por género" (American Psychiatric Association, 1980; Widiger, 2007). Sin embargo, mucha de la información era inexacta e imprecisa, por ejemplo, el texto incluido en afirmaciones tales como "En apariencia, el trastorno es igual de frecuente en hombres y mujeres" o "El trastorno se diagnostica con mayor frecuencia en mujeres que en hombres" (American Psychiatric Association, 1980). Estas afirmaciones derivan de la impresión clínica más que de la investigación de cohorte representativas de la comunidad. Asimismo, el DSM-III incluyó una serie de categorías que eran específicas de género, como "trastorno de la identidad sexual de la infancia" o relevantes para individuos de un sexo o el otro, como determinados "trastornos psicosexuales" (American Psychiatric Association, 1980). Los autores eliminaron la categoría de psicosis puerperal en esta reedición, y por consiguiente, los conjuntos de criterios que eran específicos de género se limitaron a aquellos referidos a la identidad o a la función sexual.

La revisión del DSM-III (DSM-III; American Psychiatric Association, 1987) se benefició con el estudio epidemiológico que realizó en esa época y aportó mayor información sobre proporciones por género, aunque los datos siguieron siendo, en gran medida, inadecuados. Por ejemplo, el DSM-III-R indicó que los "trastornos disociativos" eran de tres a nueve veces más frecuentes en mujeres que en hombres, un rango tan grande que no es posible identificar la estimación con certeza. Se conservaron los criterios independientes de "trastornos de identidad sexual en la infancia" en varones y mujeres, y algunos "trastornos sexuales" (p. ej., trastorno de la excitación sexual femenina o trastorno de la erección masculina). Sin embargo, se consideró otra categoría específica de género que no era simplemente un trastorno del funcionamiento sexual. Este cuadro, trastorno disfórico de la fase luteínica tardía, se incluyó finalmente en el apéndice del DSM-III-R como "Categorías diagnósticas propuestas que requieren más estudio" (American

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

Psychiatric Association, 1987). El cuadro propuesto se incorporó sólo al apéndice porque algunos opinaban que era necesario reunir más datos antes de que este calificara como un trastorno independiente. Asimismo, muchos del equipo de trabajo expresaron la preocupación de que un diagnóstico específico de género de este tipo estigmatizara a las mujeres.

El DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) aportó más información sobre cuestiones de género; incluyó datos de prevalencia, así como información descriptiva en el texto de diversos trastornos, en la sección "Manifestaciones específicas de cultura, edad y género". Sin embargo, no toda la información provista estaba bien documentada ni era exacta (Hartung y Widiger, 1998). Pese a la investigación sustancialmente mayor existente sobre trastorno disfórico de la fase luteínica tardía, este no se incluyó como una categoría regular. En cambio, se lo redenominó trastorno disfórico premenstrual y se lo mantuvo en el apéndice. La actualización del texto para el DSM-IV, DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000), fue diseñada para conferir mayor exactitud a la información estadística y de otro tipo. Revisiones bibliográficas y cuadros de evidencia avalaron los cambios del texto. Asimismo, este volumen preservó diferentes conjuntos de criterios para determinados "trastornos sexuales" que afectan a hombres o mujeres. Interesa destacar que, en esta actualización, se agregó un especificador para indicar comienzo posparto de trastorno depresivo mayor.

En resumen, las diversas reediciones del DSM incorporaron información más abundante y más exacta acerca de proporciones por género de las diversas enfermedades psiquiátricas, aunque todavía hay deficiencias. Por ejemplo, la edición actual no menciona proporciones para el trastorno por estrés postraumático (TEPT), y en algunas de las enfermedades, sólo se indica mayoría de hombres o de mujeres, sin proporciones específicas. El DSM sigue incluyendo categorías específicas de género para algunos "trastornos sexuales". En un caso, se incluyó un modificador postparto para el trastorno depresivo mayor como reconocimiento del papel de los eventos reproductivos. El trastorno disfórico premenstrual, otro trastorno específico de género, continúa en el apéndice, en gran medida debido a las preocupaciones respecto del estigma que podría conferir un diagnóstico de este tipo más que sobre la base científica asociada con la categoría (Widiger, 2007).

DSM-5 y cuestiones relacionadas con el género

La forma del DSM-5 es un trabajo en progreso. No obstante, las cuestiones relacionadas con el género se podrían integrar mejor en el DSM-5 de varias maneras, y esto se podría realizar con un mayor nivel de sofisticación que la reseñada en la sección previa.

Datos epidemiológicos

En la actualidad, contamos con una cantidad sustancialmente mayor de datos sobre la incidencia y la prevalencia de trastornos psiquiátricos en hombres y mujeres. Esta base de datos incluye estudios transversales como el Estudio del Área de

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

Captación Epidemiológica (Robins y Regier, 1991), la Réplica del Estudio Nacional de Comorbilidad (Kessler y cols., 1994) y la Encuesta Epidemiológica Nacional sobre Alcohol y Enfermedades Relacionadas (Grant y cols., 2004). Algunos de estos estudios tienen múltiples olas de recolección de datos que, junto con los estudios de cohorte, como el Estudio de Zurich (Angst y Dobler-Mikola, 1985) y el Estudio Longitudinal de Dunedin (Hankin y cols., 1998), pueden aportar estimaciones prospectivas de tasas de incidencia. Un ejemplo de información relevante es que la prevalencia comunitaria en los últimos 12 meses y durante la vida de trastorno depresivo mayor en mujeres premenopáusicas adultas es alrededor del doble que en hombres (Angst y Dobler-Mikola, 1984; Hasin y cols., 2005; Kessler y cols., 1994, 2005; Klose y Jacobi, 2004; Weissman y cols., 1993). De modo similar, el trastorno por déficit de atención con hiperactividad afecta con mayor frecuencia a varones que a niñas, con una proporción por género de 3:1 a 5:1 (Costello y cols., 2003; Moffitt, 1990).

A medida que aumenta la fuerza de la información epidemiológica, es importante considerar otras cuestiones (Rutter y cols., 2003). Primero, sería preferible que el DSM-5 utilizara datos obtenidos de cohortes comunitarias y no de contextos clínicos, porque los factores que influyen en la asistencia al tratamiento podrían sesgar la información reunida en contextos terapéuticos. Por ejemplo, el DSM-III-R afirmó que la fobia social era más común en hombres, en contextos clínicos. El DSM-IV esclareció el sesgo hallado mediante el uso de cohortes clínicas y afirmó que, en la comunidad, el trastorno es más común en las mujeres. De hecho, varios estudios observaron una proporción por género de alrededor de 1,5:1 para mujeres en comparación con hombres, y la convergencia de hallazgos fortalecieron la estimación (De Wit y cols., 1999; Kessler y cols., 1994). Segundo, estudios epidemiológicos de varios países, culturas o contextos pueden identificar diferencias por género estables y reproducir los hallazgos. Los dos estudios sobre fobia social mencionados antes provienen de los Estados Unidos (Kessler y cols., 1994) y Canadá (De Wit y cols., 1999), y aunque las estimaciones puntuales de prevalencia de fobia social difieren entre estos dos países, la proporción por género fue aproximadamente la misma. De modo similar, las tasas de prevalencia en los últimos 12 meses de trastorno depresivo mayor en mujeres premenopáusicas varía en los distintos países, pero la proporción por género es llamativamente similar (Weissman y cols., 1993), lo que puede indicar factores de vulnerabilidad relacionados con el género que son relativamente estables (Rutter y cols., 2003). El DSM-5 puede continuar informando proporciones por género junto con estimaciones de prevalencia.

Una advertencia sobre esto es que se deben considerar las mediciones y métodos utilizados para identificar las estadísticas de incidencia y prevalencia, y, por ende, las estimaciones de diferencias según el género. Si bien los participantes de la comunidad seleccionados al azar minimizarán el sesgo de selección, es posible que haya sesgo de comunicación, y que los individuos interrogados den respuestas más aceptables desde el punto de vista social en lugar de históricamente exactas. Por ejemplo, puede haber una menor probabilidad de que los hombres refieran síntomas como llorar (Salokangas y cols., 2002) y, quizás, otras manifestaciones de depresión, mientras que las mujeres pueden ser menos proclives a comunicar uso

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

indebido de sustancias (Greenfield y cols., 2007). Los autores del DSM-5 pueden examinar los métodos que se utilizan en los estudios epidemiológicos para identificar las posibles fuentes de sesgo de información.

Más allá de la epidemiología y las proporciones por género: género y construcción de conjuntos de criterios

Varios trastornos del DSM no asumen la neutralidad de género, sino que, más bien, son específicos de este, porque la biología indica que sólo los individuos de un sexo pueden presentar el trastorno. Por ejemplo, dispareunia en mujeres o trastorno de la erección en hombres. Por otra parte, ha sido tema de controversia si el trastorno de conducta es neutral respecto del género o *debería* serlo. El cuadro tiene mayor prevalencia en varones que en mujeres, y la distribución de algunas manifestaciones difieren según el sexo en los adolescentes. Los estudios de trastorno de conducta observan mayores dificultades en cuanto a la agresión física en varones y tasas más altas de indiscreciones sexuales, así como otras formas de agresión relacionales, en las mujeres (Rutter y cols., 2003). En consecuencia, algunos investigadores propugnan un "umbral" más bajo para el diagnóstico en mujeres que en hombres, para hacer que la categoría sea neutral respecto del género (Zoccolillo y cols., 1996). Otros observan que los criterios reseñados en el DSM-IV reflejan de manera apropiada las diferencias de género halladas para los componentes esenciales de la enfermedad (Doyle y cols., 2003; Lahey y cols., 2006).

Han surgido cuestiones acerca de la neutralidad de género de otro cuadro, el trastorno de somatización (Hartung y Widiger, 1998). Esta categoría evolucionó a partir de "histeria", y su propia base estaba sesgada por el género. Los investigadores asociados con el DSM discernieron lo verdadero de lo falso de estos criterios específicos de género en las diversas reediciones del manual. El DSM-IV agregó un criterio específico para hombres (disfunción eyaculatoria) y mantuvo algunos criterios específicos de las mujeres (irregularidades menstruales, hipermenorrea, vómitos durante todo el embarazo), pero eliminó otros en un intento de alcanzar la neutralidad de género (American Psychiatric Association, 2000).

La neutralidad de género se ha cuestionado menos para otros conjuntos de criterios del DSM, pero esta es una consideración para el DSM-5. Las exploraciones empíricas para identificar un sesgo por género dentro de categorías individuales hallarán una serie de complejidades. Como ya se mencionó, algunos síntomas *comunicados* por aquellos con la verdadera enfermedad pueden estar influenciados por ideas de aceptabilidad social. Estos síntomas comunicados no sólo pueden determinar estimaciones inexactas de la enfermedad verdadera –en mujeres o en hombres (o en ambos)–, sino que también pueden causar descripciones inexactas de la enfermedad. Por ejemplo, algunos trabajos muestran que, en comparación con las mujeres que presentan trastorno depresivo mayor, es menos probable que los hombres con esta enfermedad admitan problemas de libido o síntomas somáticos, como trastornos del apetito y el sueño (Silverstein, 1999). ¿Esto significa que los hombres con un trastorno depresivo tienen menos probabilidad de presentar alteración de la libido o problemas de sueño y apetito, o que es menos probable que comuniquen este tipo de dificultades? Si en algunos grupos se subco-

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

municanan síntomas cruciales, los investigadores podrían pasar por alto las variantes menos graves.

La Figura 13-1 es una ilustración hipotética de cómo las diferencias entre géneros en la confirmación de síntomas candidatos podría determinar diferentes tasas de enfermedad. En el gráfico, una mayor cantidad de mujeres alcanza los criterios de enfermedad cuando están menos enfermas. Esto ocurriría si los síntomas críticos que presentan los hombres no se incluyen en el umbral necesario para diagnosticar la enfermedad o si los hombres no comunican los síntomas. Podría haber un resultado similar si se incluyeran síntomas de distrés inespecífico, que son más comunes en mujeres que en hombres, en un conjunto de criterios diagnósticos, como se ilustra en la Figura 13-2. Por ejemplo, si el llanto es una expresión común de emotividad en las mujeres (Williams y Morris, 1996), y se lo incorporara a la lista de verificación de síntomas y al conjunto de criterios de trastorno depresivo mayor, esto serviría para perpetuar una estimación sesgada por género de la prevalencia del trastorno. Un ítem de este tipo se describiría como no invariante en la medición (es decir, con diferente probabilidad de ser confirmado por un grupo en comparación con otro, pese a niveles de base similares del trastorno). Llorar no es un síntoma de depresión del DSM, pero el trastorno de somatización es un ejemplo particularmente relevante de la Figura 13-2. El trastorno no sólo derivó de una perspectiva sesgada por género (p. ej., a partir de "histeria"), sino que la inclusión de ítems que sólo pueden ser presentados por mujeres puede haber perpetuado la tasa desproporcionada de enfermedad en las mujeres respecto de los hombres. El hecho de que la mayor parte de las investigaciones de este cuadro sólo hayan incluido a mujeres (Hartung y Widiger, 1998) garantiza, además, una representación más alta de mujeres entre aquellos con el trastorno.

Es razonable preguntarse cómo podrían determinar los colegas que participan en el DSM-5 cuál de los criterios diagnósticos, si es que hay alguno, ha sido influenciado por sesgo de género. En los párrafos previos, analizamos ejemplos de trastorno de conducta y trastorno de somatización. Sin duda, la inclusión de criterios que sólo pueden ser presentados o son típicos de individuos de un sexo u otro sugiere la posibilidad de sesgo de género. Otro indicador de posible sesgo de género reside en la epidemiología del trastorno y las tasas de prevalencia desproporcionadas entre hombres y mujeres, aunque estas diferencias de las tasas de enfermedad podrían reflejar enfermedad real en hombres y mujeres. Dado que se cuenta con conjuntos de datos apropiados, los miembros de los grupos de trabajo y los grupos de estudio del DSM-5 pueden investigar, desde el punto de vista estadístico la relevancia de los síntomas expresados por hombres y mujeres en relación con el diagnóstico de una enfermedad.

Un enfoque es el *análisis de clases latentes*. Este enfoque analítico asume que las variables latentes e inobservables (clases) representan la enfermedad y que es posible modelar estas variables a través de la estructura de correlaciones entre variables que son observables. Si la composición de las clases latentes no varía entre hombres y mujeres (invarianza de la medición), es probable que los ítems de los criterios sean relevantes tanto para hombres como para mujeres. Chung y Breslau (2008) emplearon este enfoque para evaluar el sesgo de género del conjunto de criterios para TEPT. Como contexto, numerosos estudios hallaron que,

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

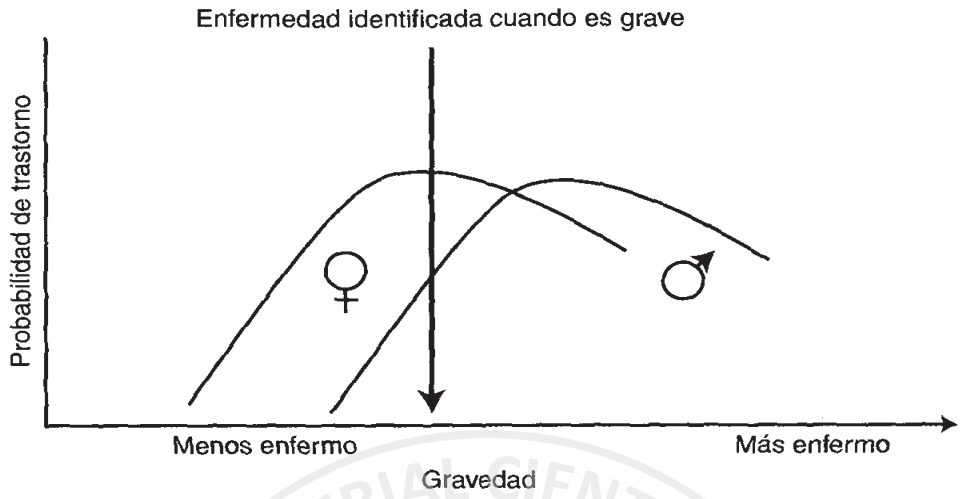


FIGURA 13-1. Medidas de gravedad relacionadas con el género, que determina diferentes tasas de detección de la enfermedad.

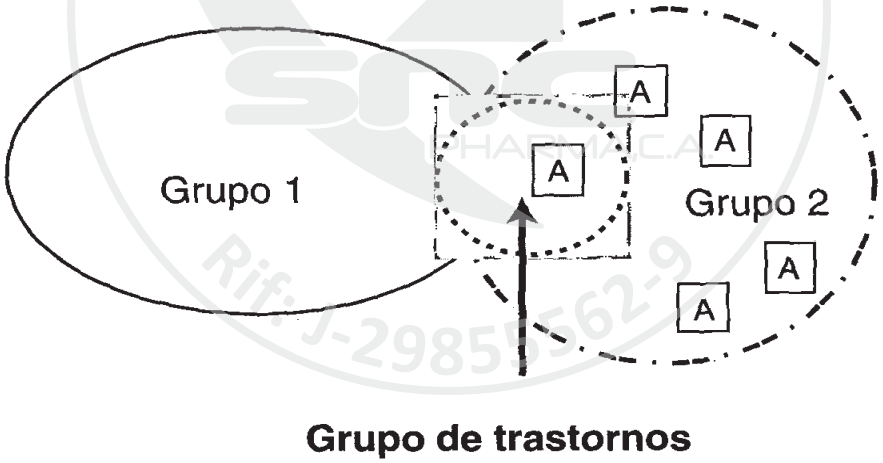


FIGURA 13-2. Criterios sesgados por prevalencia de síntomas no contribuyentes en el grupo con mayor probabilidad de presentar la enfermedad.

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

después de un evento traumático, la probabilidad de presentar TEPT es mayor en las mujeres que en los hombres (Breslau y cols., 1991; Fullerton y cols., 2001; Holbrook y cols., 2002; Norris, 1992). Además, el tipo de eventos traumáticos a los que las mujeres suelen estar expuestas son algo diferentes de los observados en los hombres, porque ellas tienen mayor probabilidad de exposición a violencia interpersonal, mientras que los hombres están expuestos más a menudo a otros tipos de trauma (Breslau y cols., 1991; Kimerling y cols., 2000). Chung y Breslau (2008) utilizaron una cohorte comunitaria de individuos que fueron interrogados acerca de TEPT e investigaron la invarianza de la medición según grupos que diferían por tipo de trauma y género. Observaron que la medición de TEPT variaba según el tipo de trauma (violencia agresiva frente a otros eventos traumáticos), pero no según el género. Las implicaciones sugieren que, después de tomar en cuenta el tipo de trauma, el conjunto de criterios se adapta igual de bien a hombres y mujeres. Aunque tranquilizadores, resultados como estos merecen ser reproducidos.

Otro enfoque analítico útil para examinar un posible sesgo de género en los conjuntos de criterios diagnósticos para diferentes trastornos es la *teoría de respuesta al ítem* (TRI), en la que el término *funcionamiento diferencial de los ítems* (FDI) es sinónimo de no invarianza de la medición. Asimismo, el análisis de la TRI asume que el trastorno/enfermedad es inobservable y está representado por una estructura latente subyacente (es decir, θ), que se estima por las variables observadas (es decir, síntomas). Se utiliza la información acerca de la gravedad de la enfermedad (o capacidad) de un individuo y las características prueba-ítem (es decir, dificultad del ítem o parámetros β, y discriminación del ítem o parámetros α) para predecir la probabilidad de una confirmación positiva de un síntoma particular y se representa gráficamente por las curvas de características de los ítems. En las curvas de características de los ítems para cada ítem o síntoma, la gravedad del cuadro, representada por la estructura latente subyacente, θ, es constante, y se comparan las diferencias entre los grupos en la dificultad del ítem, parámetros β, y la discriminación del ítem, parámetros α.

La aplicación de la TRI para evaluar el FDI basado en el género implica examinar las diferencias de probabilidad de confirmar un ítem entre el grupo de referencia (es decir, mujeres) y el grupo focal (es decir, hombres), que presentan, ambos, la misma gravedad de base del trastorno. Se dice que los síntomas que es más probable que sean confirmados por un grupo (es decir, mujeres) en todos los niveles del trastorno, en comparación con otro grupo (p. ej., hombres) con la misma gravedad de base del trastorno (Figura 13-3), tienen FDI uniforme. En el análisis de la TRI, el *FDI uniforme* es análogo a un efecto principal (grupal) significativo en el análisis de regresión que predice la confirmación de síntomas específicos. Por el contrario, se dice que los síntomas que es más probable que sean confirmados por un grupo, en comparación con otro, a altos niveles de la variable pero que muestran la propiedad inversa a bajos niveles de la variable (o viceversa), tienen *FDI no uniforme*, que es análogo a un término de interacción en el análisis de regresión (Figura 13-4). En la evaluación de la no invarianza de la determinación basada en el género, se investiga primero el FDI no uniforme, y si está ausente, se examina el FDI uniforme.

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

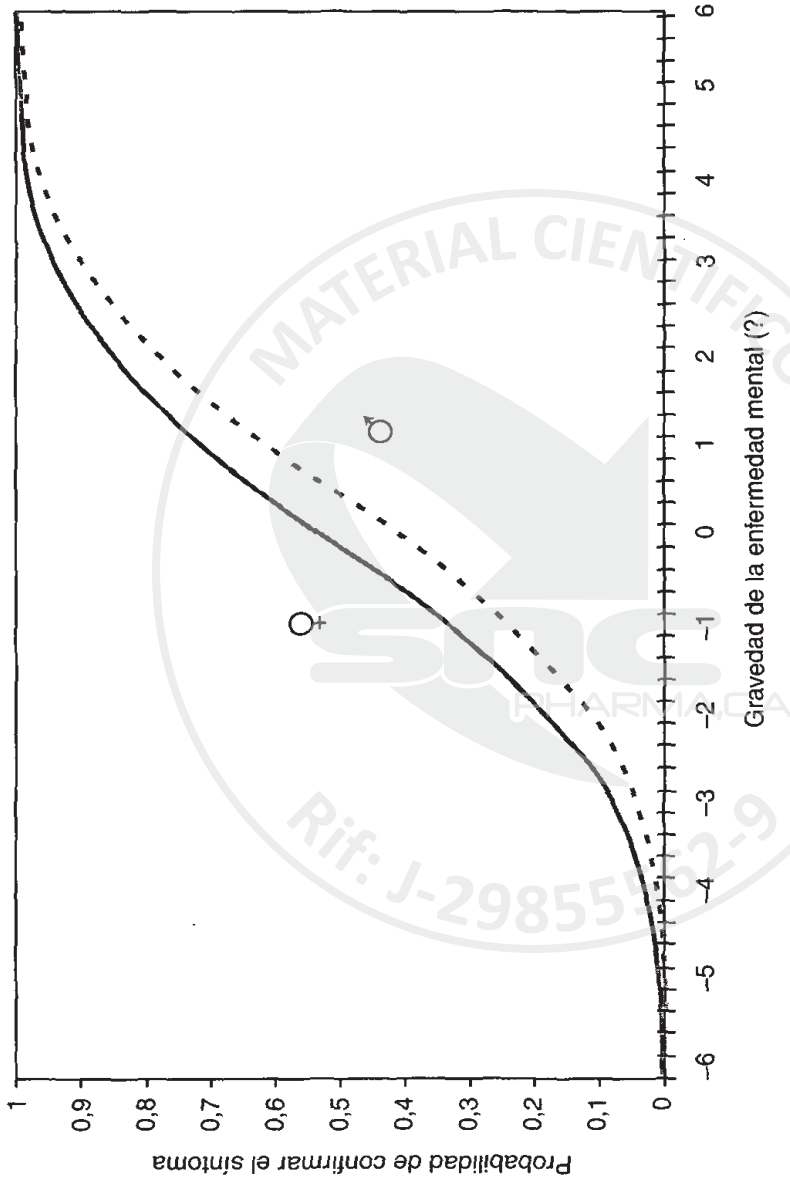


FIGURA 13-3. Funcionamiento diferencial de los ítems, uniforme en la confirmación de un síntoma para una hipotética enfermedad mental, basado en el género.

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

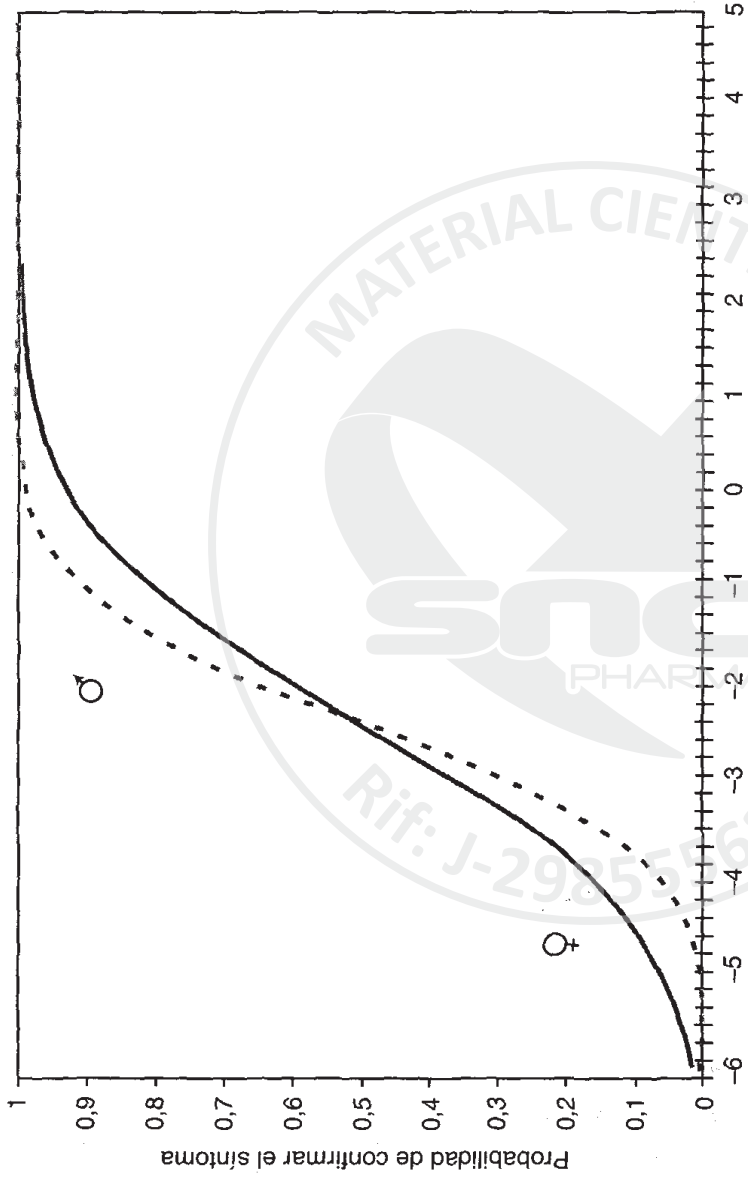


FIGURA 13-4. Funcionamiento diferencial de los ítems, no uniforme en la confirmación de un síntoma para una hipotética enfermedad mental, basado en el género.

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

Exámenes preliminares del Grupo de Estudio de Género y Transcultura, de la no invarianza de la medición basada en el género para síntomas de trastorno depresivo mayor especificados en el DSM-IV, han mostrado una falta de DFI no uniforme. Sin embargo, para algunos síntomas depresivos, hubo FDI uniforme basado en el género mínimo, es decir no significativo, basado en un cambio menor del 10% de las estimaciones de los parámetros β (Moldonado y Greenland, 1993). Estos hallazgos implican que los ítems especificados para trastorno depresivo mayor no favorecen a un género respecto de otro y, por lo tanto, ejercen un efecto mínimo sobre las diferencias observadas en la prevalencia del trastorno entre hombres y mujeres. Estas observaciones justifican otros estudios para reproducir los hallazgos.

Conjuntos de criterios alternativos para hombres y mujeres

Como ya se mencionó, algunos trastornos tienen conjuntos de criterios distintos para hombres y mujeres, pero estos son, principalmente, trastornos en los que la función sexual difiere por sexo. Algunos han propuesto conjuntos de criterios diagnósticos alternativos para hombres y mujeres con trastorno de conducta (Zoccolillo y cols., 1996), pero esta idea no es universalmente avalada (Rutter y cols., 2003). Debe haber un alto nivel de evidencia para avalar la necesidad de conjuntos de criterios diferentes para hombres y mujeres. Esta información puede incluir evidencia de que 1) una serie de síntomas diferentes representan el mismo trastorno en hombres y mujeres; 2) hay subdiagnóstico en un grupo si no se consideran estos síntomas diferentes; y 3) la evolución clínica del trastorno, operacionalizada con diferentes conjuntos de criterios diagnósticos, tiene un curso, biología, etc., análogos.

Consideraciones de género y especificadores diagnósticos

Las reediciones pasadas del DSM han empleado especificadores diagnósticos, como edad de comienzo, gravedad, especificadores de evolución y características ("tipo", como "generalizado" o "paranoide"). Los especificadores pueden aportar información diagnóstica adicional al clínico y, por consiguiente, guiar el tratamiento. Un ejemplo de un especificador relacionado con el género es el especificador "comienzo posparto" para el trastorno depresivo mayor hallado en el DSM-IV. Es posible que este y otros eventos reproductivos en las mujeres puedan agregar información diagnóstica necesaria; por lo tanto, sería importante revisar esta información o reunir datos adicionales para el DSM-5. Por ejemplo, sería importante detectar el empeoramiento de un trastorno depresivo unipolar en el período premenstrual porque podría identificar un período de vulnerabilidad para la recaída (la fase premenstrual) y porque podría tener implicaciones terapéuticas. Mujeres que, por lo demás, están estables pero presentan empeoramiento premenstrual del estado de ánimo podrían requerir un aumento de la dosis de medicación, el agre-

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

gado de otra medicación o un cambio a un agente que sea eficaz para los síntomas premenstruales, así como para el trastorno depresivo mayor. Lo mejor quizá sea limitar los especificadores relacionados con el género a aquellos que indican cuestiones de diagnóstico y tratamiento importantes en las mujeres.

Integración de cuestiones relacionadas con el género en el texto del DSM-5

El texto del DSM incluye gran cantidad de información valiosa y, en reediciones previas, incluyó "características de género". La bibliografía científica sobre las diferencias de género en las causas y la expresión de trastornos psiquiátricos aumentó de manera sustancial durante la última década, y el texto sería un lugar ideal para incorporar información nueva. Sin embargo, esta información debe atenerse a los principios reseñados antes: debe incluir datos de cohortes comunitarias, así como de muestras clínicas; debe ser validada por replicación; y debe ser rigurosa desde el punto de vista científico. Idealmente, esta información ayudaría a los clínicos e investigadores en sus tareas diagnósticas e indicaría áreas de implicaciones terapéuticas. Analizamos las diferencias de género en la presentación del trastorno de conducta y la exposición diferencial a diversos eventos traumáticos en hombres y mujeres. Resultaría útil incluir información como esta en el texto del DSM-5.

Conclusión

La evolución del DSM ha comprendido mayor atención a las cuestiones de género. Se requiere información completa acerca de la epidemiología, que debe ser lo más exacta posible. Sin embargo, el DSM-5 tiene la oportunidad de ir más allá de las estadísticas rudimentarias y encarar si las categorías son, o deberían ser, neutrales respecto del género. Las alineaciones de los conjuntos de criterios pueden influir recíprocamente en diferencias por género de la epidemiología de diversos trastornos. El DSM-5 podría incorporar cuestiones relacionadas con el género como "especificadores" o en la información del texto. La atención a estos detalles hará que el DSM-5 sea relevante para individuos de uno u otro sexo.

Bibliografía

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual: Mental Disorders. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1952

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 2ª ed. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1968

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3ª ed. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1980

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3ª ed., revisada. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1987

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4ª ed. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4ª ed., texto revisado. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000

Angst J, Dobler-Mikola A: Do the diagnostic criteria determine the sex ratio in depression? J Affect Disord 7:189–198, 1984

Angst J, Dobler-Mikola A: The Zurich Study—a prospective epidemiological study of depressive, neurotic and psychosomatic syndromes, IV: recurrent and nonrecurrent brief depression. Eur Arch Psychiatry Neurol Sci 234:408–416, 1985

Breslau N, Davis GC, Andreski P, et al: Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. Arch Gen Psychiatry 48:216–222, 1991

Chung H, Breslau N: The latent structure of post-traumatic stress disorder: tests of invariance by gender and trauma type. Psychol Med 38:563–573, 2008

Costello EJ, Mustillo S, Erkanli A, et al: Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. Arch Gen Psychiatry 60:837–844, 2003

De Wit DJ, Ogborne A, Offord DR, et al: Antecedents of the risk of recovery from DSM-III-R social phobia. Psychol Med 29:569–582, 1999

Doyle AE, Biederman J, Monuteaux M, et al: Diagnostic threshold for conduct disorder in girls and boys. J Nerv Ment Dis 191:379–386, 2003

Fullerton CS, Ursano RJ, Epstein RS, et al: Gender differences in posttraumatic stress disorder after motor vehicle accidents. Am J Psychiatry 158:1486–1491, 2001

Grant B, Stinson FS, Dawson DA, et al: Co-ocurrence of 12-month alcohol and drug use disorders and personality disorders in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). Arch Gen Psychiatry 61:361–368, 2004

Greenfield SF, Brooks AJ, Gordon SM, et al: Substance abuse treatment entry, retention, and outcome in women: a review of the literature. Drug Alcohol Depend 86:1–21, 2007

Hankin BL, Abramson LY, Moffitt TE, et al: Development of depression from preadolescence to young adulthood: emerging gender differences in a 10-year longitudinal study. J Abnorm Psychol 107:128–140, 1998

Hartung CM, Widiger TA: Gender differences in the diagnosis of mental disorders: conclusions and controversies of the DSM-IV. Psychol Bull 123:260–278, 1998

Hasin DS, Goodwin RD, Stinson FS, et al: Epidemiology of major depressive disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcoholism and Related Conditions. Arch Gen Psychiatry 62:1097–1106, 2005

Holbrook TL, Hoyt DB, Stein MB, et al: Gender difference in long-term posttraumatic stress disorder outcomes after major trauma: women are at higher risk of adverse outcomes than men. J Trauma 53:882–888, 2002

Kaplan M: A woman's view of DSM-III. Am Psychol 38:786–792, 1983

Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, et al: Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry 51:8–19, 1994

Kessler RC, Berglund P, Demler O, et al: Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication (see comment). Arch Gen Psychiatry 62:593–602, 2005 (erratum in Arch Gen Psychiatry 62:768, 2005)

Kimerling R, Clum GA, Wolfe J: Relationships among trauma exposure, chronic posttraumatic stress disorder symptoms, and self-reported health in women: replication and extension. J Trauma Stress 13:115–128, 2000

Klose M, Jacobi F: Can gender differences in the prevalence of mental disorders be explained by sociodemographic factors? Arch Womens Ment Health 7:133–148, 2004

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

Lahey BB, Van Hulle CA, Waldman ID, et al: Testing descriptive hypotheses regarding sex differences in the development of conduct problems and delinquency. J Abnorm Child Psychol 34:737–755, 2006

Moffitt TE: Juvenile delinquency and attention deficit disorder: boys' developmental trajectories from age 3 to age 15. Child Dev 61:893–910, 1990

Moldonado G, Greenland S: Simulation study of confounder-selection strategies. Am J Epidemiol 138:923–936, 1993

Norris FH: Epidemiology of trauma: frequency and impact of different potentially traumatic events on different demographic groups. J Consult Clin Psychol 60:409–418, 1992

Robins L, Regier DA (eds): Psychiatric Disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area Study. New York, Free Press, 1991

Rutter M, Caspi A, Moffitt TE: Using sex differences in psychopathology to study causal mechanisms: unifying issues and research strategies. J Chile Psychol Psychiatry 44:1092–1115, 2003

Salokangas RK, Vaahtera K, Pacriev S, et al: Gender differences in depressive symptoms: an artifact caused by measurement instruments? J Affect Disord 68:215–220, 2002

Silverstein B: Gender difference in the prevalence of clinical depression: the role played by depression associated with somatic symptoms. Am J Psychiatry 156:480–482, 1999

Weissman MM, Bland R, Joyce PR, et al: Sex differences in rates of depression: cross-national perspectives. J Affect Disord 29:77–84, 1993

Widiger TA: DSM's approach to gender: history and controversies, in Age and Gender Consideration in Psychiatric Diagnosis: A Research Agenda for DSM-V. Editado por Narrow WE, First MB, Sirovatka PJ, et al. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2007, pp 19–31

Williams DG, Morris GH: Crying, weeping or tearfulness in British and Israeli adults. Br J Psychol 87:479–505, 1996

Zoccolillo M, Tremblay R, Vitaro F: DSM-III-R and DSM-III criteria for conduct disorder in preadolescent girls: specific but insensitive. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 35:461–470, 1996

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

PARTE V

INCORPORACIÓN DE VARIACIONES EVOLUTIVAS DE LA EXPRESIÓN DE TRASTORNOS A LO LARGO DE LA VIDA

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA,C.A.
Rif: J-29855562-9

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

CAPÍTULO 14

AUMENTO DEL FOCO EN EL DESARROLLO EN EL DSM-5

ASPECTOS GENERALES Y POSIBLES APLICACIONES ESPECÍFICAS EN ANSIEDAD

Daniel S. Pine, M.D.
E. Jane Costello, Ph.D.
Ron Dahl, M.D.
Regina James, M.D.
James F. Leckman, M.D.
Ellen Leibenluft, M.D.
Rachel G. Klein, Ph.D.
Judith L. Rapoport, M.d.
David Shaffer, M.D.
Eric Taylor, M.A., M.B.
Charles H. Zeanah, M.D.

A medida que progresa el trabajo sobre la quinta edición del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5), se están intensificando los debates concernientes a la necesidad de implementar cambios importantes en la nosología (Hyman, 2007; Shear y cols., 2007). En este capítulo, consideramos procedimientos para implementar una serie de cambios potencialmente importantes que aumentarían la atención sobre temas del desarrollo.

Comenzamos por delinear hallazgos que surgieron desde la publicación del DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994), que sugieren la necesidad de centrarse más en el desarrollo de las nomenclaturas estándares. Esta investigación consolida un concepto de que muchos síndromes mentales, prevalentes en diversos estadios de la vida como trastornos, tienen procesos fisiopatológicos identificables en la infancia.

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

Después de esta breve revisión, describimos tres propuestas específicas para aumentar la atención sobre temas del desarrollo en el DSM-5 respecto del DSM-IV:

1. Revisar las secciones de texto del DSM-IV para aumentar la atención sobre el desarrollo.
2. Integrar descripciones explícitas de *manifestaciones evolutivas* en el DSM-5 como parte de los criterios para cada trastorno mental.
3. Implementar procedimientos para considerar y evaluar *subtipos evolutivos* de trastornos *durante el desarrollo.*

Cada una de las revisiones propuestas es relativamente compleja, y el aval para cada una varía en función de las manifestaciones del trastorno individual. En consecuencia, las revisiones no son mutuamente excluyentes; el DSM-5 podría incorporar cualquier combinación de las tres, y diferentes propuestas pueden resultar mejores para uno u otro trastorno específico. En este capítulo, nos centramos principalmente en los trastornos de ansiedad –para ejemplificar procedimientos aplicables a todos los trastornos mentales– y consideramos otros trastornos para ilustrar puntos específicos. Por lo tanto, revisamos en forma específica las investigaciones que destacan la importancia de las perspectivas evolutivas sobre los trastornos de ansiedad para ilustrar la importancia más amplia del desarrollo en los trastornos mentales. Además, también describimos posibles cambios del texto; posibles manifestaciones relacionadas con la edad; y propuestas para subtipos relacionados con la edad, específicamente para trastornos de ansiedad. Por último, estas descripciones se centran en trastornos de ansiedad específicos tan estrechamente como sea posible.

El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) y el trastorno por estrés postraumático (TEPT) se pueden diferenciar de los otros trastornos de ansiedad (Pine, 2007). Por ejemplo, los niños que concurren para tratamiento de la ansiedad se pueden dividir en tres grupos, sobre la base de los patrones de comorbilidad: aquellos con TOC, aquellos con TEPT y aquellos con otros trastornos de ansiedad (March y cols., 1998; Pine y Cohen, 2002; Research Units on Pediatric Psychopharmacology, 2001). Estudios de neurobiología y agregación familiar avalan una división similar en tres grupos, donde los correlatos de TOC, TEPT y otros trastornos de ansiedad pediátricos parecen ser diferentes (De Bellis, 2001; Pine, 2007; Rosenberg y Hanna, 2000). Dado que este capítulo se limita a cuadros particulares, nuestros ejemplos específicos recurrieron, fundamentalmente, a datos de trastornos de ansiedad particulares. En niños y adolescentes que concurren para tratamiento, estos trastornos de ansiedad son, sobre todo, trastorno de ansiedad social/fobia social, trastorno de ansiedad por separación y trastorno de ansiedad generalizada (TAG).

Surgimiento de las perspectivas evolutivas

Han surgido muchos cambios de las conceptualizaciones de los trastornos mentales desde las revisiones de la nosología psiquiátrica a principios de la década de los ochenta, con la publicación del DSM-III en 1980 (American Psychiatric Association, 1980), seguida de dos revisiones ulteriores, DSM-III-R en 1987

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

(American Psychiatric Association, 1987) y DSM-IV, en 1994. Sin embargo, pocos cambios han sido tan sustanciales como los asociados con el creciente énfasis en el desarrollo. El DSM-III contenía una consideración relativamente breve sobre temas del desarrollo, y la extensión de este centro de interés no se modificó de manera apreciable en el DSM-III-R ni el DSM-IV (Pine y cols., 2000b). Mientras tanto, los avances en la investigación determinaron una reescultura de las perspectivas evolutivas, que dejaron al DSM-IV algo desactualizado respecto de la base de investigación actual. Esto crea la necesidad de aumentar de manera notoria la atención sobre el desarrollo en el DSM-5.

Al considerar una amplia perspectiva sobre enfermedades mentales, cuatro áreas de investigación destacan la importancia del desarrollo: 1) presentación clínica, 2) evolución natural, 3) psicopatología evolutiva y 4) edad de comienzo. Como ya se mencionó, para suministrar ejemplos concretos, nos centramos, en este capítulo, en la ansiedad considerada desde una perspectiva evolutiva. Sin embargo, también analizamos datos de otras áreas cuando surgen datos particularmente relevantes o interrogantes importantes.

Presentación clínica

Con la creación de los criterios específicos de trastornos del DSM-III, la atención comenzó a enfocarse en la aplicación a los niños, incluidos aquellos con trastornos de ansiedad y cuadros relacionados, como trastornos del estado de ánimo (Costello y cols., 2002). Esta atención alertó a los clínicos respecto del hecho de que las diferencias de síntomas, o manifestaciones básicas, de los trastornos a menudo varían en función del desarrollo. Por ejemplo, en los trastornos de ansiedad, la mayor parte de la investigación sobre terapéutica en adultos tiene por destinatarios los pacientes que debutan con formas relativamente específicas de trastornos de ansiedad, como trastorno de angustia (*panic disorder*), TAG o ansiedad social/fobia social. Los primeros intentos de realizar estudios comparables en jóvenes se enfrentaron al hecho de que los niños y adolescentes suelen presentar grupos más variados de síntomas de ansiedad que abarcan varios de los llamados trastornos inespecíficos, como fobia social, trastorno de ansiedad por separación y TAG. En consecuencia, considerable investigación sobre terapéutica de trastornos de ansiedad pediátricos, a diferencia de en adultos, estaba dirigida a pacientes que debutaban con diversas combinaciones de ansiedad en oposición a uno u otro trastorno de ansiedad definido de manera estrecha (Pine y cols., 2002a; Research Units on Pediatric Psychopharmacology, 2001).

Los clínicos deben familiarizarse con las distintas maneras en las que el desarrollo puede incidir en la presentación de numerosos trastornos, más allá de los trastornos de ansiedad. Asimismo, el DSM-IV destacó el papel del deterioro en psicopatología, pero esta edición no analiza, con la profundidad suficiente, el hecho de que los patrones de deterioro, de manera muy similar a los síntomas, también se pueden manifestar de distintas manera a diferentes edades. Los cambios de su ambiente pueden moderar los niveles de deterioro en los niños, en particular cuando son pequeños. Por ejemplo, en dos niños con idénticas predisposiciones de base biológica a sentir miedo a los perros, el deterioro puede ser bastante dife-

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

rente si las circunstancias familiares obligan a solo uno de estos niños a estar constantemente en presencia de estos animales. La dependencia de los niños de los adultos suele forzarlos a enfrentar situaciones como estas, que los individuos ansiosos mayores, más independientes, pueden optar por evitar. Esto determina diferencias relacionadas con la edad de las manifestaciones de deterioro. Al igual que las variaciones evolutivas de la presentación sintomática, el DSM-5 debe considerar los cambios evolutivos de las manifestaciones de deterioro.

Evolución natural

La creación de criterios estándares específicos de trastornos en el DSM-III preparó la escena para la investigación longitudinal que documentó la evolución natural de las enfermedades mentales. Quizá más que cualquier otro avance, la investigación de seguimiento de los niños a medida que maduraban atrajo la atención sobre la importancia de conceptualizaciones evolutivas. Así, la investigación ha vinculado casi todas las formas de psicopatología adulta con manifestaciones previas de enfermedad mental observables durante la infancia. Esto se aplica a la investigación sobre los trastornos de ansiedad pediátricos (Beesdo y cols., 2007; Costello y cols., 2002; Pine y cols., 1998). Los estudios familiares también amplían estos hallazgos al demostrar una asociación entre trastornos mentales manifiestos entre distintas generaciones.

Al igual que la enfermedad médica crónica, por ejemplo enfermedad cardiovascular, los datos sobre trastornos de ansiedad y otros síndromes mentales destacan la importancia de las perspectivas probabilísticas y del foco en la prevención. Así, los problemas tempranos de ansiedad limitan los patrones de función durante la adultez y predicen un riesgo estadísticamente mayor de problemas más tardíos, pero no predicen *invariablemente* un patrón crónico, inexorable, de enfermedad de la infancia a la adultez (Pine y cols., 1998). El mayor riesgo de niños ansiosos es estadístico y probabilístico, no determinista: los trastornos de ansiedad pediátricos preceden la mayoría de los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad en adultos, pero son altamente prevalentes y suelen remitir. Sin embargo, una minoría de los niños con ansiedad persistente maduran para representar a la mayoría de los adultos con trastornos del estado de ánimo y de ansiedad.

Psicopatología evolutiva

Desde hace tiempo, las formulaciones de enfermedad mental reconocieron la prominencia de períodos críticos o sensibles, estadios de desarrollo en los que las influencias del ambiente pueden parecer particularmente intensas. Estas formulaciones son compatibles con conceptos del desarrollo normal que también demuestran un papel de los períodos sensibles en funciones psicológicas básicas, como la adquisición del lenguaje. Experiencias particulares –como lesión cerebral o cambios del medio social– que causan disrupciones tempranas de la vida en la adquisición del lenguaje ejercen efectos más marcados sobre el funcionamiento adulto que si estas mismas experiencias tienen lugar en etapas más tardías de la vida.

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

Además, graficar el desarrollo en curso de los niños, en lugar de examinar su funcionamiento en algún punto temporal específico, es la mejor manera de caracterizar estos efectos adversos. Esto refleja el hecho de que el riesgo de mal pronóstico es más alto en niños que muestran patrones consistentes de disfunción a lo largo del tiempo que entre aquellos que presentan disfunción sólo en un punto temporal (Costello y cols., 2002; Pine y cols., 1998). Esto sugiere un concepto de psicopatología que destaca como anormal que el niño no presente los cambios típicos, previstos, de conducta y cognición con la maduración o que no supera perturbaciones transitorias de la función. Para comprender la enfermedad mental, se deben conocer los cambios normales del desarrollo.

La perspectiva de la psicopatología evolutiva pone el acento en la necesidad de conocer el desarrollo típico al considerar como atípico un perfil conductual u otro. Esta escuela teórica reconoce la importancia de comprender las enfermedades mentales como fallas de la maduración, en las que la patología puede reflejar que no se despliegan comportamientos maduros o que no desaparecen comportamientos inmaduros. Así, aplicados a los trastornos de ansiedad, los períodos de intensificación del miedo representan un estadio normal de desarrollo en caso de todas las culturas, en el que los niños manifiestan miedos estereotípicos a edades específicas, como aparición temprana de miedo a la separación en niños de 1 a 3 años y aparición de miedo social en la adolescencia, en particular al encontrarse con pares desconocidos (Ollendick y cols., 1996). Podemos considerar los trastornos de ansiedad como formas exageradas de estos miedos típicos o como extinciones fallidas de los miedos durante el desarrollo.

A la luz de avances recientes, se han intensificado la atención sobre períodos críticos. Estos avances han estimulado nuevas maneras de comprender las diferencias individuales evolutivas de pensamiento y conducta a través del enfoque en las características genómicas y sus interacciones con el medio (Meaney, 2001; Rutter y cols., 2006). La investigación sobre ansiedad demuestra, específicamente, cómo las influencias genéticas y ambientales esculpen el desarrollo de los circuitos cerebrales dedicados a procesar el peligro; estos efectos del desarrollo se han vinculado a manifestaciones evolutivas de ansiedad clínicamente significativa (Pine, 2007). Si bien es probable que estos avances repercutan en conceptualizaciones actuales contenidas en el DSM-5, sus influencias reverberantes quizá ejerzan efectos cada vez más profundos en los años venideros.

Edad de comienzo

Un grupo de preguntas, que surge en función de investigaciones recientes sobre el desarrollo, concierne al grado en el que la edad de comienzo modera la presentación de las enfermedades mentales. Quizá el tema más convincente de la investigación de este aspecto se centra en los problemas de conducta de los niños. En este caso, cada vez más consenso sugiere que los problemas que aparecen en etapas tempranas identifican a un subgrupo único con condiciones particularmente malignas, distinto de aquellos cuyos problemas se manifiestan por primera vez en etapas más tardías del desarrollo (Moffitt y cols., 2002). Estos hallazgos plantean interrogantes más amplios sobre el grado en que otras entida-

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

des del DSM-5, contenidas bajo un solo encabezamiento de trastorno mental, identifican un grupo heterogéneo y se podrían analizar en función de la edad de comienzo.

Integración de los datos evolutivos en revisiones del texto

Es probable que una revisión cuidadosa del texto asociado con el trastorno represente la manera más fácil de aumentar la atención sobre el desarrollo en el DSM. El DSM-IV contiene discusiones de temas de desarrollo en su texto. Sin embargo, a menudo incluye las discusiones de desarrollo bajo los mismos encabezamientos que las manifestaciones relacionadas con cultura y género. Es evidente que secciones de texto independientes orientadas específicamente al desarrollo atraerían cada vez más atención sobre temas evolutivos.

¿Qué tipo de información se podría incluir en las secciones de texto enfocadas en el desarrollo? En términos de los tres trastornos de ansiedad descritos a modo ilustrativo en este capítulo, surgen unos pocos principios organizativos posibles. Primero, las secciones de texto sobre conceptualizaciones evolutivas deben alertar a los clínicos acerca de las manifestaciones clínicas cambiantes de determinados síndromes. Por ejemplo, la sección sobre trastorno de ansiedad por separación podría describir indicios para diferenciar la ansiedad por separación normal del trastorno. Esto podría incluir datos sobre la edad a la que desaparece la ansiedad por separación típica y resúmenes de situaciones en las que la ansiedad por separación deteriorante altera la función normal. De modo similar, el texto sobre fobia social podría describir el aumento normal de la ansiedad social en el adolescente y aportar indicios para diferenciar estas fluctuaciones adolescentes normales de los miedos sociales de la ansiedad social deteriorante. El texto sobre TAG podría diferenciar las preocupaciones normales de las anormales relacionadas con la edad.

Segundo, las secciones de texto deben repasar los datos sobre evolución natural. Así, como se mencionó, datos considerables documentan el pronóstico a largo plazo de los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes (Beesdo y cols., 2007; Gregory y cols., 2007; Moffitt y cols., 2007; Pine y cols., 1998). Estos datos aportan indicios importantes sobre momentos durante el curso del trastorno de un niño o un adolescente cuando el clínico podría esperar un nivel de estabilidad, mejoría o deterioro. Por ejemplo, el texto debe advertir que el riesgo de depresión aumenta en la adolescencia, en particular entre las niñas, y que los clínicos deben conocer los riesgos especialmente altos en niñas con antecedentes de trastornos de ansiedad. Los datos sobre asociaciones entre ansiedad en niños o adolescentes y psicopatología en sus padres también podrían figurar en las revisiones del texto. De manera muy similar a los datos sobre evolución natural, aquellos sobre asociaciones padres-hijos sirven para alertar a los clínicos sobre el hecho de que los trastornos de ansiedad pediátricos se asocian con trastornos del estado de ánimo y de ansiedad en adultos. Estas asociaciones se manifiestan tanto en el mismo niño, seguido de manera longitudinal hasta la adultez, como en los padres del niño, que enfrentan altos riesgos de trastornos del estado de ánimo y de ansiedad.

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

Por último, las revisiones del texto podrían atraer la atención a características asociadas que se manifiestan en puntos específicos del desarrollo. Por ejemplo, el creciente interés por los temas evolutivos ha hecho advertir las manifestaciones cada vez más temprana de la psicopatología. En términos de trastornos de ansiedad, esto incluye centrarse en los antecedentes temperamentales de los trastornos de ansiedad francos. Se ha empleado el término *inhibición conductual* para describir a un grupo de niños de 1 a 3 años y preescolares que presentan timidez y cautela extremas cuando enfrentan cosas nuevas, sobre todo en la esfera social (Fox y cols., 2005; Kagan, 1994). Como esto no se asocia con distrés o deterioro clínicamente significativo, no consideramos que la inhibición conductual sea un trastorno de ansiedad per se, sino más bien un factor de riesgo de trastornos de ansiedad más tardíos, en particular fobia social, sobre la base de datos longitudinales y familiares (Rosenbaum y cols., 2000; Schwartz y cols., 1999). Destacar esta investigación en el texto referido a fobia social podría alertar a los clínicos sobre manifestaciones subclínicas tempranas de trastornos de ansiedad francos, lo que aumentaría una atención más amplia sobre el desarrollo y temas asociados, por ejemplo, la prevención. Otras investigaciones se centraron en factores de riesgo o correlatos relacionados con trastornos más allá de la conducta en la primera infancia que podrían tener importancia similar. Por ejemplo, considerable trabajo prospectivo implica eventos adversos de la vida –en particular, cuando se producen en etapas del desarrollo clave– en una serie de síndromes mentales pediátricos, incluidos los trastornos de ansiedad, en particular el TAG (Moffitt y cols., 2007; Pine y cols., 2002b). Nuevamente, describir este trabajo en el texto del DSM-5 para trastornos específicos podría aumentar la atención de los clínicos a factores de riesgo importantes, potencialmente modificables, o a grupos de niños con alto riesgo de trastornos futuros.

Manifestaciones relacionadas con la edad

Más allá de las revisiones del texto: ¿hay necesidad de cambios importantes?

Sin duda, las revisiones del texto aumentarán la atención sobre el desarrollo hasta cierto grado, pero es probable que la repercusión de las revisiones del texto solas no sea más que moderada en el pensamiento y la práctica de los médicos clínicos. Esto se refleja en la evidencia limitada de cualquier impacto notorio sobre el pensamiento médico después de una revisión del texto del DSM-IV en 2000 (DSM-IV-TR; American Psychiatric Association, 2000). Así, las revisiones del texto podrían tener menos repercusión que la que justifican los recientes hallazgos de investigación respecto de las conceptualizaciones evolutivas de la enfermedad mental. Debemos considerar cambios importantes más extensos para el DSM-5.

Un problema importante, en el contexto de contemplar una reorganización amplia del DSM-5, concierne a la ubicación de trastornos individuales que son muy prevalentes durante la infancia. En el DSM-IV, los trastornos que, desde hace tiempo, reconocimos que se manifiestan durante la infancia, figuran en una cate-

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

goría independiente, "Trastornos que se suelen diagnosticar por primera vez en la lactancia, la infancia o la adolescencia". Para los trastornos de ansiedad, esto incluye sólo el trastorno de ansiedad por separación del DSM-IV, aunque el trastorno evitativo y el trastorno hiperansioso también aparecían en el DSM-III y el DSM-III-R. En un sentido, la conservación de esta categoría amplia en el DSM-5 mantendría el centro de atención en por lo menos algunos trastornos considerados desde perspectivas evolutivas. Sin embargo, la investigación durante las últimas dos décadas sugiere que las conceptualizaciones evolutivas se extienden mucho más allá de los trastornos abarcados en esta categoría explícitamente evolutiva. Por lo tanto, también debemos considerar la eliminación de esta categoría del DSM-IV y su reemplazo por un mayor interés en temas del desarrollo en muchas de las entidades, si no en todas, enumeradas en el DSM-5.

Tres grupos de trabajo del DSM-5 están centrados en el desarrollo: uno orientado a cuestiones abarcativas; un segundo grupo, a trastornos de comportamiento disruptivo; y un tercer grupo, al espectro de autismo y trastornos de aprendizaje. Estos tres grupos comenzaron a analizar las ventajas y desventajas de eliminar o mantener una categoría independiente de trastornos del desarrollo en el DSM-5. La principal ventaja deriva de la oportunidad de aumentar la atención sobre las manifestaciones evolutivas de muchos cuadros, más allá de los considerados en la actualidad como evolutivos. Esto podría suceder si muchos otros trastornos del DSM-5 –más allá de los clasificados en el DSM-V como habitualmente diagnosticados en la lactancia, la infancia o la adolescencia– incluyeran un foco evolutivo notorio. Por ejemplo, la depresión mayor no aparece en la sección sobre entidades que se manifiestan en la lactancia, infancia o adolescencia. Sin embargo, investigaciones recientes y actuales demuestran, cada vez más, que la depresión mayor aparece en la adolescencia. El DSM-5 podría reconocer mejor este hecho. Una ampliación tal del centro de atención en el desarrollo sería compatible con la investigación que destaca la amplia aplicabilidad de las perspectivas evolutivas a muchos trastornos, por ejemplo, la depresión mayor.

La principal desventaja de una ampliación de este tipo se relaciona con la posibilidad de reducir involuntariamente la atención sobre el desarrollo. Una categoría independiente en el DSM-IV centrada en el desarrollo representa el lugar donde las perspectivas evolutivas aparecen de manera más notoria. En esta etapa, los miembros de los grupos de trabajo sólo parecen dispuestos a eliminar la categoría "Trastornos que se suelen diagnosticar por primera vez en la lactancia, la infancia o la adolescencia" si otras modificaciones importantes del DSM-5 aumentan la atención sobre el desarrollo en una serie de trastornos. Además, aun en este caso, puede ser ventajoso mantener la categoría para garantizar por lo menos una atención tan intensa sobre el desarrollo en el DSM-5 como la que existe en el DSM-IV.

Definición de manifestaciones relacionadas con la edad

Otra manera de aumentar la atención sobre el desarrollo en el DSM-5 sería incluir secciones que ilustren cómo se podría manifestar un criterio particular a diferentes edades. Estas secciones nuevas, denominadas "manifestaciones rela-

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

cionadas con la edad", podrían aparecer no sólo en el texto, sino también al lado de los criterios, lo que destacaría su importancia. El DSM-5 podría incorporar esta característica a todos los trastornos basando las inclusiones en el apoyo clínico general en oposición a una revisión sistemática de datos. Aun en trastornos en los que no surge este tipo de apoyo, se podría incluir una afirmación respecto de este efecto en el conjunto de criterios del trastorno del DSM-5 relevante para favorecer el interés por los aspectos evolutivos en todos los trastornos mentales.

El DSM-IV implica sutilmente la existencia de manifestaciones evolutivas, en su mayor parte en las secciones de texto, pero también en unos pocos casos aislados en los que los criterios específicos de trastornos hacen referencia a manifestaciones evolutivas. Por ejemplo, el texto del DSM-IV sobre trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH) observa que los síntomas se tornan menos conspicuos a medida que los niños maduran e incluso, menciona que las manifestaciones en el adulto pueden comprender sensaciones de inquietud en lugar de la hiperactividad franca observable por otros. De modo similar, algunos criterios del TDAH incluyen ejemplos sensibles a la edad, al referirse a las tareas escolares. Un cambio importante para el DSM-5 podría consistir en un análisis más explícito, detallado y profundo de las manifestaciones relacionadas con la edad en casi todas las familias de trastornos mentales.

Es importante distinguir las denominadas *manifestaciones* relacionadas con la edad de los trastornos mentales de los *subtipos* relacionados con la edad, como se comenta en la siguiente sección de este capítulo. En las primeras, criterios idénticos indican distintas manifestaciones relacionadas con la edad de cada síntoma particular. Las manifestaciones relacionadas con la edad identifican presentaciones evolutivamente únicas de una u otra manifestación clínica que caracteriza el mismo constructo subyacente en diferentes puntos del desarrollo. Estas manifestaciones representan ejemplos de expresiones sintomáticas a diferentes edades, colocadas al lado de los criterios. En cambio, los subtipos relacionados con la edad identifican formas singulares de trastornos. Como tales, se refieren a presentaciones clínicas a edades específicas que difieren fundamentalmente entre grupos etarios en términos de las manifestaciones de validación asociadas. Además, si bien podría haber manifestaciones relacionadas con la edad en la mayoría de los trastornos, si no en todos, sobre la base de la evidencia clínica que avala los subtipos relacionados con la edad sólo corresponderán al trastorno para los que surja apoyo firme, basado en evidencia sistemática de su aparición y validez. Así, aunque ambos constructos relacionados con la edad aumentan la atención sobre el desarrollo en el DSM-5, el cambio de atención sobre el desarrollo del DSM-IV al DSM-5 será más amplio entre distintos trastornos, debido al agregado de manifestaciones relacionadas con la edad en oposición a características relacionadas con la edad.

Aplicaciones en la ansiedad

En términos de posibles manifestaciones relacionadas con la edad de los trastornos de ansiedad, los datos existentes sobre ansiedad social/fobia social aportan

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

indicios para posibles revisiones, en las que el DSM-5 podría expresar manifestaciones relacionadas con la edad de tres maneras específicas:

1. Dar ejemplos sensibles a la edad de un criterio particular. Así, el criterio A de ansiedad social/fobia social exige un "temor marcado y persistente de una o más situaciones sociales o de desempeño". Hay cambios importantes con el desarrollo, en términos de los tipos de exposición de individuos en quienes se podría manifestar ansiedad social. Las manifestaciones relacionadas con la edad podrían describir casos específicos en los que aspectos de situaciones específicas de edades suelen provocar ansiedad, para ayudar a los clínicos a identificar correctamente la ansiedad social en períodos particulares del desarrollo. Por ejemplo, el texto podría sugerir que se manifiesta en niños pequeños cuando concurren a fiestas de cumpleaños o hacen presentaciones en la escuela, pero que se manifiesta en adultos cuando deben efectuar presentaciones orales en el trabajo.
2. *Vincular más puntualmente algunos criterios específicos del trastorno con designaciones de conductas apropiadas para la etapa de desarrollo, de manera que los clínicos puedan apreciar mejor las diferencias entre desarrollo típico y atípico.* El manual podría mencionar alguna referencia explícita al aumento de ansiedad durante la adolescencia en el criterio A de ansiedad social/fobia social, que describe temor marcado, persistente, de situaciones sociales, al lado de descripciones de manifestaciones que diferencia los aumentos apropiados o inapropiados de ansiedad social durante la adolescencia. El criterio A expresa, además, que los niños deben manifestar la capacidad de relaciones sociales apropiadas para la edad y manifestar ansiedad en contextos de pares; podría realizar descripciones más ricas de estas manifestaciones evolutivas. Asimismo, el DSM-5 podría revisar el criterio B, que observa que la exposición a situaciones sociales casi siempre provoca ansiedad, para analizar las distintas maneras en que la exposición a las situaciones temidas podría llevar a provocar ansiedad, manifiesta de maneras singulares en distintas etapas del desarrollo. Por ejemplo, si bien los adolescentes pueden hablar acerca de los aspectos específicos de situaciones sociales que más temen, los niños más pequeños pueden mostrar sólo un patrón de evitación cuando enfrentan situaciones específicas, como presentaciones orales en la escuela o en otros contextos grupales.
3. *Delinear manifestaciones de entidades en las que hay evidencia de cambios relacionados con la edad en una alta proporción de casos.* Por ejemplo, considerando nuevamente la ansiedad social/fobia social, los síntomas de mutismo selectivo pueden ser una manifestación de ansiedad social extrema en niños pequeños; en cambio, este síntoma es relativamente raro en niños mayores. Por lo tanto, se podría incluir una referencia explícita a esta manifestación evolutiva al describir las manifestaciones relacionadas con la edad de la ansiedad social patológica en situaciones específicas.

Abundan oportunidades similares para los otros trastornos de ansiedad, incluidos el trastorno de ansiedad por separación y el TAG. Al igual que la ansiedad

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

social, el DSM-5 podría incorporar manifestaciones relacionadas con la edad centrándose en cómo se manifiestan determinados criterios en diferentes grupos etarios. Por ejemplo, en el trastorno de ansiedad por separación, las manifestaciones relacionadas con la edad podrían reflejar el énfasis cada vez mayor puesto en las actividades independientes a medida que los niños transitan hacia la adolescencia. Los niños pequeños pasan más tiempo con sus padres que los niños mayores y los adolescentes. Por lo tanto, las oportunidades para la separación se pueden dar en distintos escenarios. Un niño pequeño puede manifestar ansiedad por separación intensa al iniciar primer grado, un niño mayor cuando duerme lejos en un campamento y un adolescente tardío cuando deja el hogar para ir a la universidad. De modo similar, hay datos considerables que documentan disminuciones importantes de la prevalencia del trastorno de ansiedad por separación, como se refleja en el texto del DSM-IV. El DSM-V podría mencionar específicamente esta característica como una manifestación relacionada con la edad, quizá para atraer la atención de los clínicos al hecho de que relativamente pocos casos de ansiedad por separación persisten hasta la adolescencia.

Subtipos de trastornos relacionados con la edad

La inclusión de subtipos relacionados con la edad en el DSM-5 podría aumentar tanto las revisiones de texto como las especificaciones de las manifestaciones relacionadas con la edad. Los subtipos de trastornos relacionados con la edad difieren de las manifestaciones relacionadas con la edad en aspectos cruciales. A saber, los subtipos de trastornos relacionados con la edad sólo aparecerán para entidades aisladas en las que surge apoyo firme para la inclusión basado en evidencia sistemática de su frecuencia y validez. El ejemplo de trastorno de conducta del DSM-5 suministra un marco para evaluar esta evidencia sistemática.

Trastorno de conducta: ejemplo prototípico

El trastorno de conducta representa la entidad prototípica del DSM-IV para que haya datos que avalen la validez de un subtipo relacionado con la edad. Así, un caudal considerable de investigación demuestra distinciones significativas entre individuos que manifiestan por primera vez problemas graves de conducta antes de los 10 años e individuos que los manifiestan sólo en etapas más tardías del desarrollo. Esto incluye datos sobre evolución longitudinal, agregación familiar, factores de riesgo asociados y perfiles neuropsicológicos (Moffitt y cols., 2002). Aunque en pocos estudios controlados aleatorizados se realiza una comparación directa entre las respuestas al tratamiento de individuos con variedades de comienzo temprano y tardío del trastorno de conducta, las dos formas también pueden diferir en cuanto a la respuesta terapéutica, sobre la base de diferencias en el pronóstico a largo plazo de estudios naturalistas. Como tales, las variedades de comienzo temprano y tardío del trastorno de conducta probablemente sean entidades fisiopatológicas distintas, pese al hecho de que el DSM-IV las identifica con

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

criterios idénticos. El caso del trastorno de conducta es un ejemplo prototípico respecto del que se debe considerar agregar otros subtipos relacionados con la edad al DSM-5. Por lo tanto, el DSM-5 debe considerar subtipos relacionados con la edad en casos, como el trastorno de conducta, en los que es probable que un aspecto fundamental de un síndrome clínico difiera en función de la edad de comienzo. Además, el apoyo para la inclusión de un nuevo subtipo requiere datos sobre un rango de validadores externos, como los examinados para el trastorno de conducta de comienzo temprano y tardío.

Ansiedad: ejemplos

El DSM-5 podría considerar dos tipos de subtipos relacionados con la edad. Un tipo es análogo al ejemplo de trastorno de conducta. Esto concierne a casos en que los criterios son idénticos entre grupos etarios pero parecen identificar entidades que tienen diferencias fisiopatológicas significativas. También en este caso, el trastorno de conducta representa el mejor ejemplo de trastornos considerados distintos, sobre la base de un amplio patrón de resultados de una serie de validadores externos. En términos de trastornos de ansiedad, es probable que los datos más firmes sobre esta forma de subtipo relacionado con la edad surjan para el TOC que, al igual que el TEPT, no consideramos, por lo demás, en este capítulo. En este caso, los datos documentan diferencias relacionadas con la edad en la comorbilidad con tics, así como en proporciones por género u otros factores de riesgo que sugieren distinciones fisiopatológicas entre formas de comienzo temprano y tardío del cuadro. En cuanto a los tres trastornos de ansiedad que forman el centro de interés de este capítulo, la investigación que sugiere la utilidad de esta forma de subtipo relacionado con la edad es menor que para el TEPT o el TOC. No obstante, cierta evidencia indica considerar la utilidad de subtipos evolutivos del trastorno de ansiedad por separación porque se relacionan con trastorno de angustia. Como ya se mencionó, el DSM-IV reconoce implícitamente la heterogeneidad del trastorno de ansiedad por separación al llamar la atención sobre las firmes asociaciones con la edad. El trastorno de ansiedad por separación se relaciona con el trastorno de angustia en estudios longitudinales y familiares, y de fisiología (Pine y Klein, 2008). Los datos longitudinales y basados en familias sugieren que el trastorno de ansiedad por separación, en especial el que se manifiesta en etapas relativamente tardías del desarrollo, puede mostrar una relación particularmente firme con el trastorno de angustia (Bruckl y cols., 2007; Nocon y cols., 2008; Wittchen y cols., 2008).

La segunda variante de los subtipos relacionados con la edad es aplicable a entidades cuyos criterios difieren según el grupo etario para enfermedades consideradas "iguales" desde la perspectiva fisiopatológica. Es probable que el ejemplo más cercano del DSM-IV sea el TAG, en el que se requieren tres "manifestaciones asociadas", como irritabilidad, alteración del sueño o tensión muscular, para cumplir el criterio C en adultos, pero se requiere sólo una de ellas en niños. Sin duda, una distinción sutil de este tipo en sólo un criterio representa un ejemplo menos espectacular de un subtipo relacionado con la edad respecto de los posibles cambios para otros trastornos, en los que una gran proporción de los criterios podrían

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

diferir en función de la edad. Por ejemplo, en el TEPT, los datos sugieren que las manifestaciones del mismo síndrome de base pueden ser bastante diferentes en niños pequeños respecto de adultos, e instan a utilizar criterios bastante diferentes en distintas edades. Así, si la información avala la validez de estas diferencias, el TEPT representaría un caso de un subtipo relacionado con la edad para el que diferentes criterios identifican cuadros considerados como manifestaciones alternativas del mismo síndrome de base, con expresiones sintomáticas distintas a edades específicas. No obstante, el ejemplo del TAG, aunque menos notorio, también es ilustrativo porque representa un caso en el que ya hay divergencia de los criterios del DSM-IV en función del grupo etario.

Como se comentó antes, hay dos formas de subtipos relacionados con la edad: uno caracterizado por síntomas similares, con validadores distintos, y el otro, por síntomas diferentes pero validadores similares. Además de estos subtipos de trastornos relacionados con la edad, otros aspectos de la discusión sobre subtipos entre los miembros del Equipo de Trabajo del DSM-5 destacan la importancia de incorporar perspectivas de prevención en la nosología. Por consiguiente, algunos miembros sugieren la potencial utilidad, como parte de una atención cada vez mayor a las perspectivas dimensionales, de centrarse en las presentaciones sintomáticas, tempranas, subclínicas de los trastornos. En ocasiones, algunos autores han conceptualizado estas presentaciones como formas prodrómicas de trastornos específicos del DSM-IV.

Probablemente, la investigación más extensa considera la utilidad del así llamado pródromo de esquizofrenia. Cualquier consideración de incluir criterios para entidades subclínicas como parte de una atención más amplia sobre el desarrollo en el DSM-5 debe comenzar considerando la utilidad de crear un "pródromo de esquizofrenia" antes de contemplar la creación de otros. La discusión en profundidad de las ventajas y desventajas de esta cuestión escapa al alcance de este capítulo, que está centrado en la ansiedad. Sin embargo, al igual que en otros subtipos relacionados con la edad, el umbral para agregar cualquier pródromo, incluido uno para esquizofrenia, deben ser muy alto en términos de datos que demuestren validez y utilidad clínica. Además, estas discusiones deben considerar las posibles desventajas asociadas con destacar formas prodrómicas del trastorno. Por ejemplo, cabe imaginar numerosas situaciones en las que las familias podrían presentar intenso distrés al ser informadas de que uno u otro conjunto de comportamientos predicen alto riesgo de enfermedades serias que alteran la vida, como esquizofrenia. Esto podría resultar en particular angustiante, porque el significado de "alto riesgo" en este contexto hace referencia a un aumento relativo respecto del riesgo de la población general, pero no un riesgo absoluto alto (p. ej., menos del 50% de probabilidad de presentar el síndrome florido).

En términos de formas prodrómicas de ansiedad, la inhibición conductual emerge como el único fenotipo en el que parece justificarse cierta discusión. Como se mencionó, tanto estudios familiares como longitudinales muestran una asociación entre inhibición conductual en la primera infancia y trastornos de ansiedad en adolescentes y adultos manifiestos en niños seguidos prospectivamente o en sus padres. De modo similar, los estudios imagenológicos cerebrales documentan firmes paralelos en los correlatos fisiológicos de base de inhibición conductual y trastornos de ansiedad (Pérez-Edgar y cols., 2007).

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

Al considerar un pródromo específico de "inhibición conductual" como un fenómeno para incluir en el DSM-5, surgen dos características clave. Primero, al igual que en el pródromo de esquizofrenia, se plantean interrogantes sobre considerar las ventajas asociadas con la mejor prevención e identificación frente a las posibles consecuencias adversas involuntarias. Estas últimas podrían aparecer cuando se llama la atención sobre variaciones normales del temperamento como manifestaciones asociadas de psicopatología. Las tasas muy altas de diagnóstico de trastornos de ansiedad en niños y adolescentes ya plantean interrogantes sobre el grado en el que los criterios diagnósticos actuales borran los límites entre variación conductual normal y patología franca, lo que trivializa problemas clínicos graves (Kessler y cols., 2005; Shaffer y cols., 1996). Es probable que expandir el rango de entidades categorizadas en el DSM-5 para abarcar variaciones normales del temperamento, aun si están asociados con enfermedad mental, aumente la fuerza de estos interrogantes.

Segundo, debemos considerar la utilidad incremental para el clínico de agregar este tipo de categorías, dadas las diferencias metodológicas y teóricas entre el constructo de temperamento y el de los trastornos de ansiedad. Desde un punto de vista metodológico, la inhibición de la conducta se suele identificar utilizando medidas de observación directa, que no es frecuente aplicar en contextos clínicos; es probable que surjan complicaciones al tratar de integrar estas medidas en la clínica. Desde una perspectiva teórica, estudios de investigación sobre trastornos de ansiedad y temperamento intentan, ambos, identificar extremos conductuales asociados con respuestas de los niños a amenazas. No se ha esclarecido en qué grado los investigadores de ambas áreas identifican constructos verdaderamente distintos o superpuestos, porque ha habido insuficiente investigación que examine la validez incremental y que evalúe ambos constructos en el mismo grupo de niños, en muestras con ansiedad clínicamente significativa.

Conclusión

En este capítulo, nos hemos dedicado a delinear aspectos particularmente apremiantes relacionados con intensificar los temas del desarrollo a través de revisiones del DSM-IV al DSM-5. Si bien prestamos la máxima atención a cambios específicos en los trastornos de ansiedad, estos cambios específicos se relacionan, en forma más completa, con una serie sistemática de modificaciones más amplias de toda la nosología. Será necesario evaluar las ventajas y desventajas de cada cambio específico para cada entidad del DSM-5.

Bibliografía

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3ª ed. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1980

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3ª ed., revisada. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1987

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4ª ed. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4ª ed., texto revisado. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000

Beesdo K, Bittner A, Pine DS, et al: Incidence of social anxiety disorder and the consistent risk for secondary depression in the first three decades of life. Arch Gen Psychiatry 64:903–912, 2007

Bruckl TM, Wittchen HU, Hoffler M, et al: Childhood separation anxiety and the risk of subsequent psychopathology: results from a community study. Psychother Psychosom 76:47–56, 2007

Costello EJ, Pine DS, Hammen C, et al: Development and natural history of mood disorders. Biol Psychiatry 52:529–542, 2002

De Bellis MD: Developmental traumatology: the psychobiological development of maltreated children and its implications for research, treatment, and policy. Dev Psychopathol 13:539–564, 2001

Fox NA, Henderson HA, Marshall PJ, et al: Behavioral inhibition: linking biology and behavior within a developmental framework. Annu Rev Psicol 56:235–262, 2005

Gregory AM, Caspi A, Moffitt TE, et al: Juvenile mental health histories of adults with anxiety disorders. Am J Psychiatry 164:301–308, 2007

Hyman SE: Can neuroscience be integrated into the DSM-V? Nat Rev Neurosci 8:725–732, 2007

Kagan J: Galen's Prophecy. New York, Basic Books, 1994

Kessler RC, Chiu WT, Demler O, et al: Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry 62:617–627, 2005

March JS, Biederman J, Wolkow R, et al: Sertraline in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: a multicenter randomized controlled trial. JAMA 280:1752–1756, 1998

Meaney MJ: Maternal care, gene expression, and the transmission of individual differences in stress reactivity across generations. Annu Rev Neurosci 24:1161–1192, 2001

Moffitt TE, Caspi A, Harrington H, et al: Males on the life-course-persistent and adolescence-limited antisocial pathways: follow-up at age 26 years. Dev Psychopathol 14:179–207, 2002

Moffitt TE, Caspi A, Harrington H, et al: Generalized anxiety disorder and depression: childhood risk factors in a birth cohort followed to age 32. Psychol Med 37:441–452, 2007

Nocon A, Wittchen HU, Beesdo K, et al: Differential familial liability of panic disorder and agoraphobia. Depress Anxiety 25:422–434, 2008

Ollendick TH, Yang B, King NJ, et al: Fears in American, Australian, Chinese, and Nigerian children and adolescents: a cross-cultural study. J Chile Psychol Psychiatry 37:213–220, 1996

Pérez-Edgar K, Roberson-Nay R, Hardin MG, et al: Attention alters neural responses to evocative faces in behaviorally inhibited adolescents. Neuroimage 35:1538–1546, 2007

Pine DS: Research review: a neuroscience framework for pediatric anxiety disorders. J Child Psychol Psychiatry 48:631–648, 2007

Pine DS, Cohen JA: Trauma in children and adolescents: risk and treatment of psychiatric sequelae. Biol Psychiatry 51:519–531, 2002

Pine DS, Klein RG: Anxiety disorders. En: Rutter's Child and Adolescent Psychiatry, 5ª ed. Editado por Rutter M, Bishop D, Pine D, et al. Oxford, UK, Blackwell, 2008, pp 628–647

Pine DS, Cohen P, Gurley D, et al: The risk for early adulthood anxiety and depressive disorders in adolescents with anxiety and depressive disorders. Arch Gen Psychiatry 55:56–64, 1998

Pine DS, Alegria M, Cook EH Jr: Advances in developmental science and DSM-V. En: A Research Agenda for DSM-V. Editado por Kupfer DJ, First MB, Regier DA. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2002a, pp 85–122

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

Pine DS, Cohen P, Johnson JG, et al: Adolescent life events as predictors of adult depression. J Affect Disord 68:49–57, 2002b

Research Units on Pediatric Psychopharmacology: Fluvoxamine for the treatment of anxiety disorders in children and adolescents. The Research Unit on Pediatric Psychopharmacology Anxiety Study Group. N Engl J Med 344:1279–1285, 2001

Rosenbaum JF, Biederman J, Hirshfeld-Becker DR, et al: A controlled study of behavioral inhibition in children of parents with panic disorder and depression. Am J Psychiatry 157:2002–2010, 2000

Rosenberg DR, Hanna GL: Genetic and imaging strategies in obsessive-compulsive disorder: potential implications for treatment development. Biol Psychiatry 48:1210–1222, 2000

Rutter M, Moffitt TE, Caspi A, et al: Gene-environment interplay and psychopathology: multiple varieties but real effects. J Child Psychol Psychiatry 47:226–261, 2006

Schwartz CE, Snidman N, Kagan J, et al: Adolescent social anxiety as an outcome of inhibited temperament in childhood. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 38:1008–1015, 1999

Shaffer D, Fisher P, Dulcan MK, et al: The NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version 2.3 (DISC-2.3): description, acceptability, prevalence rates, and performance in the MECA Study. Methods for the Epidemiology of Child and Adolescent Mental Disorders Study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 35:865–877, 1996

Shear MK, Bjelland I, Beesdo K, et al: Supplementary dimensional assessment in anxiety disorders. Int J Methods Psychiatr Res 16(suppl):S52–S64, 2007

Wittchen HU, Nocon A, Beesdo K, et al: Agoraphobia and panic: prospective-longitudinal relations suggest a rethinking of diagnostic concepts. Psychother Psychosom 77:147–157, 2008

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

CAPÍTULO 15

PROBLEMAS DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS CON EL PASO DE LA ADULTEZ A ETAPAS ULTERIORES DE LA VIDA

Warachal Eileen Faison, M.D.
Susan K. Schultz, M.D.

A medida que nuestra población sigue envejeciendo, es de primordial importancia prestar atención a problemas del período de la vida que abarca no sólo la adultez media, sino también los últimos años de la vida. Tenemos mucho que aprender de nuestros colegas del área de desarrollo infantil y adolescente, que ajustan su lente clínica para enfocar las evaluaciones más apropiadas para distintas etapas del desarrollo en etapas tempranas de la vida. Por lo tanto, las propuestas del Grupo de Trabajo del DSM-5 sobre Trastornos de niños y adolescentes representan un modelo importante que observamos al definir nuestro enfoque para el diagnóstico de síndromes de etapas tardías de la vida. En este capítulo, revisamos los cuatro aspectos del desarrollo en los que se ha centrado este grupo de trabajo (es decir, presentación clínica, evolución natural, psicopatología evolutiva y edad de

Los autores desean agradecer a Daniel Pine, Dilip Jeste y Dan Blazer, quienes aportaron el marco conceptual original de las ideas aquí analizadas.

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

comienzo) y analizamos cómo la consideración de estos cuatro aspectos puede ser relevante para la evaluación y el diagnóstico del adulto mayor.

Después de nuestro análisis de las cuatro fases de desarrollo, estudiamos tres métodos por los que el DSM-5 podría incorporar información sobre el envejecimiento en la toma de decisiones diagnósticas en todos los diagnósticos, sobre la base de datos que podemos discernir examinando los aspectos de cada trastorno durante la vida. Estos tres métodos de implementación implican un enfoque graduado, que varía de la modificación simple del texto del DSM que acompaña a un trastorno, mediante la identificación de manifestaciones relacionadas con la edad que modifican criterios diagnósticos específicos, a la adopción de subtipos relacionados con la edad considerados entidades clínicas distintas, sobre la base del máximo nivel de evidencia.

En este capítulo, también analizamos estos tres posibles métodos de integrar la información durante la vida en el DSM-5, en vista de unos pocos trastornos seleccionados. Examinamos la información sobre depresión y esquizofrenia, e ilustramos cómo podríamos emplear el conocimiento actual de la expresión durante la vida de estos dos trastornos para introducir revisiones del texto y manifestaciones potencialmente relacionadas con la edad, respectivamente. Asimismo, consideramos en forma sucinta problemas diagnósticos del abuso de sustancias que podrían determinar revisiones del texto bastante modestas, que representan diferencias clínicas relativamente sutiles en la toma de decisiones clínicas diagnósticas a lo largo de la vida. En este capítulo, nuestra intención no es efectuar una revisión bibliográfica exhaustiva, sino más bien ilustrar cómo cada grupo de trabajo puede utilizar en forma óptima la información para elaborar el texto del DSM-5. En este capítulo, también planteamos interrogantes acerca de qué información puede ser necesaria aún antes de que los métodos diagnósticos puedan contemplar por completo la variación asociada con la edad de la expresión clínica de los trastornos mentales.

Cuatro fases del desarrollo: problemas específicos relacionados con la caracterización de la expresión clínica de enfermedad desde la adultez hasta etapas ulteriores de la vida

Presentación clínica

Al igual que en los trastornos que comienzan en la infancia, hay diferencias de expresión clínica y gravedad de los síntomas con el avance de la edad. Sin embargo, en etapas tardías de la vida, se debe discriminar la expresión de síntomas de factores del envejecimiento que suelen ser de carácter médico, en comparación con los trastornos de niños y adolescentes. Con el envejecimiento, la expresión de síntomas puede presentar una variación sustancial por interacciones con enfermedades médi-

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

cas concomitantes y cambios funcionales relacionados con la variación fisiológica "normal" vinculada con la edad, como los cambios de la regulación del sueño, la función cognitiva y las enfermedades médicas concomitantes. Tradicionalmente, una característica integral utilizada para definir la presencia de un trastorno ha sido su capacidad de provocar deterioro funcional, pero los patrones de deterioro varían significativamente con el avance de la edad. Por lo tanto, debemos interpretar los deterioros funcionales respecto del fondo de cambios que pueden estar relacionados con enfermedad crónica, limitación de la movilidad y cambios del funcionamiento de roles, como jubilación y duelo. Además, en el adulto mayor puede haber deterioro funcional desproporcionado frente a síntomas subsindrómicos; por ejemplo, en pacientes con trastornos del estado de ánimo subsindrómicos, el grado de deterioro funcional puede ser excesivo respecto del previsto por la gravedad de la depresión y puede ser comparable con el observado en un síndrome depresivo completo (p. ej., Chuan y cols., 2008).

En este capítulo, analizamos las diferencias etarias de presentación clínica en el contexto de depresión y esquizofrenia; sin embargo, cada uno de los grupos de trabajo del DSM-5, en colaboración con sus asesores y la retroalimentación del campo, aún debe esclarecer en qué medida estos y otros trastornos justifican una modificación más extensa del DSM-5 (incluidos criterios diagnósticos específicos de edad o subtipos relacionados con la edad).

Evolución natural

Cada vez más, los estudios longitudinales aportan información sobre la evolución de las enfermedades psiquiátricas en etapas medias y tardías de la vida, en particular en trastornos depresivos y psicóticos. La evolución natural de los trastornos mentales a lo largo de la vida puede incluir un espectro de antecedentes, como 1) trastornos de la infancia que evolucionan hasta la adultez y las etapas tardías de la vida (p. ej., autismo en la adultez) y 2) comienzo en la infancia de trastornos típicos del adulto (p. ej., esquizofrenia de comienzo en la infancia a lo largo de la vida). En la actualidad, el Grupo de Trabajo sobre Niños y Adolescentes está analizando de manera exhaustiva estos dos escenarios, y sus informes aportarán más detalles sobre esta área.

Cuando se considera la senectud, sigue habiendo dificultades para caracterizar mejor trastornos "adultos" –p. ej., esquizofrenia crónica, trastorno de somatización, abuso de sustancias, y trastornos de ansiedad y del estado de ánimo– en etapas tardías de la vida, es decir, de la adultez a la senectud. El carácter episódico y transversal de gran parte de la práctica médica es tal que el mismo clínico a menudo no puede observar la evolución de cada paciente desde el primer episodio de enfermedad hasta la evolución del trastorno en etapas tardías de la vida. Por lo tanto, hay una oportunidad importante de que el DSM-5 describa cómo se pueden expresar las enfermedades en el curso de la vida detallando manifestaciones características de cada enfermedad a lo largo de la vida; por ejemplo, manifestaciones que tienden a responder al tratamiento frente a las que tienden a ser persistentes, residuales o a exacerbarse en los años más tardíos de una enfermedad dada. Las variaciones durante la vida son relevantes en casi todos los trastornos incluidos en

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

el DSM y, en la mayoría de los casos, pueden justificar revisiones de texto que sirven para facilitar el conocimiento por parte del clínico.

Cuando se considera la evolución natural de las enfermedades psiquiátricas, tiene particular importancia considerar los efectos de cohortes. Por ejemplo, en el caso de la esquizofrenia, Harvey (2001) describió de manera elocuente cómo una serie de pacientes que residían en el Pilgrim State Psychiatric Center resistieron intentos enérgicos de desinstitucionalización y, con ulterioridad, participaron en estudios algunos años después. De modo similar, Arnold (2001) observó que los efectos de la institucionalización pueden explicar el intenso deterioro del estado cognitivo documentado en numerosas evaluaciones ante mórtem, lo que afecta las conclusiones de los estudios post mórtem de esquizofrenia. Es evidente que el deterioro atípico que afecta a algunas poblaciones de pacientes puede haber creado un cuadro más pesimista sobre el pronóstico de la esquizofrenia de comienzo en la juventud en etapas tardías de la vida. La perspectiva pesimista no concuerda con los trabajos de Harding y cols. (1987), McGlashn (1988), Huber y cols. (1980), Ciompi (1980) y otros, que sugirieron que el pronóstico de la esquizofrenia de comienzo en la juventud puede, de hecho, asociarse con una mejoría de síntomas y mejoría o estabilización de la función social en etapas más tardías de la vida. Idealmente, esta área importante se beneficiará con estudios epidemiológicos a mayor escala para identificar y caracterizar a los sujetos con esquizofrenia que permanecieron en la comunidad, con suficiente apoyo para mantener el cumplimiento del tratamiento y la socialización óptima, a lo largo de la vida. En la actualidad, nos encontramos en una coyuntura muy interesante de la historia, en la que podemos encontrar individuos con esquizofrenia que ingresaron en etapas tardías de la vida que han sido sometidos a tratamiento exitoso con medicación antipsicótica y continuaron viviendo en la comunidad durante todo el curso de su enfermedad. Si bien los criterios diagnósticos fundamentales de esquizofrenia pueden ser suficientes para la fiabilidad diagnóstica independientemente de la edad de cada paciente individual, puede ser muy útil que el DSM-5 incluya texto que considere cómo la edad puede incidir en la expresión clínica de la enfermedad. Es probable que los estudios de campo destinados a investigar los criterios diagnósticos tengan fiabilidad similar tanto en adultos más jóvenes como en adultos mayores, siempre que los estudios examinen todos los grupos etarios; por lo tanto, quizá no podamos investigar las molestias de la variación relacionada con la edad, necesariamente, a través de ese proceso particular. Sin embargo, hay una oportunidad de infundir al texto del DSM-5 una variedad de observaciones importantes respecto de la variación durante la vida de hallazgos de las últimas décadas de investigación clínica y epidemiológica.

Psicopatología evolutiva

El Grupo de Trabajo de Niños y Adolescentes del DSM-5 ha destacado la oportunidad de ir más allá de los aspectos evolutivos del medio social y las exposiciones psicológicas para implementar maneras más refinadas de evaluar las diferencias individuales (p. ej., características genéticas) en el DSM-5. De modo similar, la investigación sobre expresión de enfermedad en etapas tardías de la vida también

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

se beneficiará al caracterizar exposiciones críticas, y sus interacciones con las características genéticas de un individuo, a lo largo de la vida.

Lo más probable es que hallemos evidencia de interacciones significativas de ambiente y genotipo en estapas tardías de la vida en los trastornos neurodegenerativos y neurocognitivos. Más aun, quizá puede haber una interacción entre un período crítico de exposiciones ambientales y curso ulterior de la vida en las conductas de consumo de sustancias en etapas tardías de la vida; por ejemplo, cuando puede comenzar, o reactivarse, el consumo de alcohol en el contexto de un duelo o de nuevo aislamiento social en etapas tardías de la vida.

Por estas líneas, el análisis del conjunto de datos de la Encuesta Epidemiológica Nacional sobre Alcohol y Enfermedades Relacionadas, del National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism (Grant y Dawson, 2006), mostró que la gran mayoría de todos los diagnósticos de abuso de sustancias o dependencia de sustancias durante la vida se efectuaron por primera vez entre los 15 y 21 años, aproximadamente. En los adultos mayores de 40 años, menos del 15% de los individuos que cumplían los criterios de abuso o dependencia de cualquier sustancia cumplieron por primera vez estos criterios después de los 21 años de edad. Los investigadores observaron patrones similares de edad de comienzo para tabaco, alcohol y otros trastornos por consumo de sustancias. Estos patrones parecen consistentes para ambos géneros, aunque posiblemente más para hombres que para mujeres. Además, estos hallazgos también parecen mostrar consistencia entre la mayoría de los grupos étnicos (http://www.niaaa.nih.gov/Resources/DatabaseResources). Estos y otros hallazgos se interpretaron comúnmente como evidencia del carácter "limitado en el tiempo" de los trastornos por consumo de sustancias, y ha habido mucho debate respecto de los esfuerzos por demorar el consumo de sustancias en aquellos menores de 21 años como manera de prevenir nuevos casos de abuso y dependencia. Interesa destacar que, dentro de los trastornos por consumo de sustancias, hubo comunicaciones sobre un efecto de cohorte que mostró mayores tasas de abuso y dependencia de alcohol entre hombres y mujeres nacidos entre 1944 y 1953, en comparación con las tasas observadas en cohortes previas (Grucza y cols., 2008). Al mismo tiempo, estas tasas parecen reflejar una reaparición de una vulnerabilidad preexistente y son máximas entre aquellos que, originalmente, cumplieron los criterios en etapas más tempranas de sus vidas (por lo general, en la adolescencia). Hallazgos recientes avalan un posible efecto de cohorte del grupo nacido entre 1950-1955. Una comunicación sobre la epidemiología del abuso de sustancias en adultos de edad mediana y ancianos residentes en la comunidad observó que el consumo de alcohol, así como el consumo general de drogas, era más común en los encuestados de 50-64 años que en aquellos mayores de 65 años, aunque no se compararon grupos etarios más jóvenes (Blazer y Wu, 2009). Se puede inferir evidencia adicional de que puede haber variación clínica impuesta por efectos de cohorte en poblaciones más jóvenes a partir de hallazgos de las U.S. National Alcohol Surveys (Encuestas Nacionales de Alcohol de los EE. UU.), que sugirieron que las cohortes nacidas en forma más reciente (después de 1975) mostraron mayor volumen de ingesta alcohólica que las cohortes nacidas antes, cuando se controlaron los efectos de edad, período y demografía. Asimismo, un estudio de Kerr y cols. (2009) sugirió que para las mujeres, la cohorte nacida en 1956-1960 se destaca de las cohortes adyacentes por el volumen más alto de ingesta alcohólica.

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

En conjunto, estos hallazgos indican que el abuso de sustancias puede servir como un ejemplo excelente de un síndrome que parece tener un período de riesgo limitado en el tiempo en la adolescencia tardía pero que, en el contexto de factores ambientales, tiene la capacidad de reactivar la vulnerabilidad fundamental en etapas más tardías o de presentar patrones singulares en cohortes de nacimiento específicas. Por lo tanto, es probable que no haya suficiente evidencia sobre los trastornos por abuso de sustancias probablemente para justificar manifestaciones relacionadas con la edad o subtipos relacionados con la edad, pero hay información importante respecto de la ventana de riesgo en etapas tempranas de la vida, así como observaciones clínicamente relevantes respecto de la posible variación en etapas más tardías de la vida. Si bien estas observaciones pueden no cambiar los criterios básicos necesarios para diagnosticar trastornos por consumo de sustancias, puede ser útil analizarlas en el texto del manual.

Impacto de la edad de comienzo

La edad de aparición de un trastorno puede influir, de manera significativa, en las variaciones a lo largo de la evolución natural del trastorno. Ha habido evidencia, en particular en el caso de la enfermedad depresiva, de que la edad de comienzo puede inducir variación en la expresión de la enfermedad, en el carácter de los síntomas, la gravedad de estos y la respuesta al tratamiento. Por ejemplo, se comunicaron diferencias de expresión clínica y evolución natural entre la depresión de comienzo temprano (edad < 60 años) y de comienzo tardío (edad > 60 años). Utilizando los criterios de mayor o menor de 60 años, un estudio demostró que los pacientes con depresión de comienzo temprano tenían episodios depresivos más frecuentes y se les prescribía más medicación. Interesa destacar que este estudio también observó que la depresión de comienzo temprano se asociaba con mayor prevalencia de patología cardíaca, diabetes mellitus, trastornos gastrointestinales y artritis, cuando los individuos alcanzaban etapas tardías de la vida (Holroyd y Duryee, 1997). Una serie de manifestaciones clínicas sugieren una mayor carga de gravedad de la depresión en casos de comienzo temprano, así como más disfunción psicosocial; por ejemplo, las anormalidades de personalidad y las relaciones conyugales pasadas disfuncionales se han asociado con enfermedad de comienzo más temprano (Brodaty y cols., 2001). De modo similar, un gran estudio comunicado hace poco por Kovacs y cols. (2009) examinó longitudinalmente a adultos que presentaban trastorno depresivo con comienzo en la infancia y sujetos control sin antecedentes de trastorno mental importante. Estos investigadores observaron que los adultos con episodios depresivos previos, de comienzo en la infancia, tenían mayores respuestas inadaptadas a su propia tristeza que los sujetos control, lo que sugiere una disfunción más generalizada y un peor pronóstico (Kovacs y cols., 2009).

Pese a estos interesantes hallazgos, se puede argumentar que la fenomenología fundamental de la enfermedad depresiva es, en esencia, la misma en términos de criterios diagnósticos y que implica síntomas básicos relativamente cohesivos, cualquiera que sea la edad de comienzo o el carácter de las recaídas. Según estos conceptos, Nelson y cols. (2005) comunicaron que los síntomas más frecuentes en

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

pacientes con depresión en etapas tardías de la vida eran similares a los de muestras de edades mezcladas en un estudio de 728 pacientes mayores de 60 años. Por lo tanto, la repercusión de la edad de comienzo de la depresión puede incidir en la evolución durante la vida y la propensión a la comorbilidad, pero puede no alcanzar un nivel de evidencia para un subtipo diagnóstico relacionado con la edad. Sin embargo, sigue habiendo una oportunidad importante para que el DSM-5 suministre material descriptivo a fin de destacar las implicaciones pronósticas de la enfermedad de comienzo temprano. Por ejemplo, hace poco, un interesante análisis por grupos avaló el fenómeno observado a menudo de que la tristeza franca puede ser menos prominente y menos grave en adultos que presentan depresión en etapas más tardías de la vida, lo que aporta evidencia para el concepto de "depresión sin tristeza" (Hybels y cols., 2009). Esta área sigue siendo un campo dinámico que se puede prestar a revisiones continuas a medida que se conozcan nuevos datos longitudinales. En una revisión reciente, Beard y cols. (2008) sugirieron que "sigue habiendo muchos interrogantes importantes y, en algunos aspectos, bastante básicos acerca de la trayectoria de la depresión y los trastornos de ansiedad a lo largo de la vida, y de los factores que influyen en su incidencia, recurrencia y pronóstico" (p. 83).

Además del trabajo activo en progreso que describe la evolución de la depresión durante la vida, una cantidad sustancial de trabajos examinaron durante más de un siglo cómo la edad de comienzo puede influir en la expresión clínica de la esquizofrenia. Quizá debido a su carácter más grave, hay numerosos datos observacionales sobre la evolución natural de la esquizofrenia, mencionados antes en este capítulo. Aquí, analizamos la repercusión de la edad de comienzo de la esquizofrenia como un posible ejemplo de un trastorno en el que las manifestaciones específicas de edad pueden justificar, quizá, una mención en el DSM-5. Como observó el Grupo de Trabajo de Niños y Adolescentes, se debe encarar de manera cuidadosa la repercusión de la edad de comienzo aplicando principios operacionales de manera tal que se pueda delinear por completo el carácter de la evidencia de aval.

Enfoques propuestos

El Grupo de Trabajo de Niños y Adolescentes del DSM-5 ha sugerido los siguientes tres enfoques a fin de estimar el nivel de evidencia para cada aspecto de las cuestiones durante la vida descritas antes. El DSM-5 podría usar en forma simultánea uno o más de estos enfoques, lo que dependería del nivel de evidencia clínica para las implicaciones durante la vida, para la entidad clínica considerada. A continuación, resumimos los tres métodos, con referencia a su aplicación en pacientes adultos, incluidos aquellos en etapas tardías de la vida.

Revisiones del texto

La sección del texto del DSM-5 podría ampliar la sección actual del DSM-IV "Manifestaciones específicas de cultura, edad y género" (American Psychiatric

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

Association, 2000). Es decir, todos los trastornos podrían tener una sección de texto que revisara las manifestaciones relacionadas con la edad de manera más completa que la sección de texto de características específicas de la edad del DSM-IV-TR. El texto se debería basar en las revisiones bibliográficas que se están preparando en la actualidad para el DSM-5 y, en condiciones ideales, debería considerar todos los trastornos del DSM. Por ejemplo, al revisar las secciones de texto para tener en cuenta, específicamente, las cuestiones del envejecimiento, los autores del DSM-5 podrían:

- Describir variaciones de la expresión clínica debidas a la edad del paciente; por ejemplo, la tendencia de un adulto mayor a expresar "depresión sin tristeza" o la tendencia de los pacientes con esquizofrenia de comienzo tardío a presentar menos limitación afectiva y menos desorganización.
- Caracterizar las interacciones del avance de la edad y la patología concomitantes. Por ejemplo, los efectos de los trastornos neurocognitivos concomitantes, como la demencia, en la expresión de síntomas del estado de ánimo o la interacción entre la presencia de síntomas del estado de ánimo en etapas tardías de la vida y la aparición de síntomas somáticos.
- Destacar que las interacciones entre la edad y el género pueden desempeñar un papel importante en la expresión de trastornos de etapas tardías de la vida.

Las revisiones del texto permitirán una descripción dimensional que facilitará que los clínicos tengan en cuenta múltiples factores de interacción (p. ej., edad, sexo, cambios cerebrales y comorbilidad).

Manifestaciones relacionadas con la edad

Además, el DSM-5 puede contener secciones que ilustran cómo se puede manifestar un determinado criterio a diferentes edades. Estas secciones se pueden titular "Manifestaciones relacionadas con la edad". El Grupo de Trabajo sobre Niños y Adolescentes del DSM-5 sugirió que las secciones sobre manifestaciones relacionadas con la edad pueden aparecer a continuación de los criterios diagnósticos, así como en el texto del manual. Se mencionarán las manifestaciones específicas de edad presentadas cerca de los criterios diagnósticos sólo para los diagnósticos en los que haya firme evidencia que avale que estas manifestaciones pueden aumentar la fiabilidad diagnóstica. En el DSM-5, las manifestaciones relacionadas con la edad servirían para ilustrar cómo se puede manifestar un criterio particular a diferentes edades. Los ejemplos de cómo las manifestaciones de la enfermedad relacionadas con la edad en etapas tardías de la vida pueden influir en el desarrollo de criterios son los siguientes:

- Los criterios deben ser más inclusivos e incorporar ejemplos sensibles a la edad en los casos apropiados; por ejemplo, si se aplican criterios que reflejan deterioro funcional en las áreas social u ocupacional, estos criterios podrían considerar umbrales de funcionamiento de rol para personas jubiladas.
- Algunos criterios se pueden relacionar con normas de lo que se considera

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

apropiado para un trastorno dado; por ejemplo, el diagnóstico de demencia en etapas tardías de la vida en el contexto de retraso mental, autismo u otro trastorno del desarrollo preexistente puede requerir ajuste para el trastorno de base.
- Los criterios diagnósticos quizá se pueden ajustar cuando hay evidencia de cambios relacionados con la edad en una alta proporción de casos, pero no en todos; por ejemplo, posible atenuación de la gravedad de los síntomas de algunos trastornos de la personalidad en etapas tardías de la vida.

Las manifestaciones relacionadas con la edad difieren de los subtipos relacionados con la edad. Las *manifestaciones* relacionadas con la edad serán apropiadas cuando haya aval clínico general para modificadores descriptivos que puedan mejorar la interpretación y aplicación de los criterios diagnósticos, sobre la base de la evidencia actual sobre diferencias, reflejadas en las opiniones de los grupos de trabajo del DSM-5. En cambio, los *subtipos* específicos de edad deben aparecer sólo en los trastornos en los que haya evidencia sistemática y firme de la aparición de un subtipo distinto basado en la edad o evidencia firme de diferencias definidas de los criterios necesarios para identificar el síndrome.

Subtipos relacionados con la edad

Hay dos tipos de subtipos relacionados con la edad. Corresponde considerar los subtipos relacionados con la edad en entidades para las que los criterios de "la misma" entidad difieren en distintos grupos etarios (p. ej., la irritabilidad es un síntoma depresivo equivalente en síndromes del estado de ánimo en niños). Por lo tanto, se puede arribar a la misma conclusión diagnóstica a partir de diferentes criterios según el grupo etario al que se los aplique. El Grupo de Trabajo sobre Trastornos de Niños y Adolescentes ha estado identificando activamente casos en los que se pueden requerir distintos criterios para lograr exactitud diagnóstica en niños, pero cuando se aplican criterios diagnósticos en pacientes adultos o que cursan etapas tardías de la vida, la variación diagnóstica está, en su mayor parte, relativamente atenuada, de manera que los subtipos relacionados con la edad pueden ser menos esenciales que en las evaluaciones diagnósticas en niños. Pese a criterios diagnósticos definidos, las entidades pueden ser "las mismas" si los criterios clínicos varían poco pero los datos de validez (p. ej., evolución, neuropsicología y otros indicadores de fisiopatología y genética familiar) demuestran similitudes dentro del trastorno entre grupos etarios.

Asimismo, se deben considerar subtipos relacionados con la edad en entidades para las que los grupos de trabajo han propuesto que los criterios deben ser idénticos en dos o más grupos etarios, pero los trastornos impresionan, aun así, "distintos". Los trastornos con criterios idénticos en diferentes grupos etarios se pueden considerar "distintos" cuando evidencia de múltiples fuentes ha mostrado que las características clave, como evolución longitudinal, genética familiar o correlatos fisiológicos, difieren en individuos cuyo cuadro se presenta a diferentes edades (p. ej., enfermedad de Alzheimer de comienzo temprano frente a comienzo tardío).

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

Depresión a lo largo de la vida

Teniendo en cuenta la discusión previa respecto de la edad de comienzo de la depresión, la expresión de los síntomas de depresión parecen seguir una fenomenología similar a lo largo de la vida de un individuo, con variación relativamente sutil de las manifestaciones básicas de la enfermedad. Sin embargo, las enfermedades médicas concomitantes pueden desempeñar un papel significativo en influir en la vulnerabilidad a la depresión, así como en influir en la respuesta al tratamiento y el bienestar comunicado por el propio individuo (Pirkola y cols., 2009).

Además de las diferencias sutiles del carácter de los síntomas, puede haber diferencias en la naturaleza episódica, o no, entre adultos mayores con depresión. Por ejemplo, un seguimiento de seis años de adultos mayores que residían en la comunidad en Holanda ilustra la cronicidad de la depresión en etapas tardías de la vida. En aquellos con síntomas depresivos clínicamente significativos, el 23% presentó remisión, el 44% presentó una evaluación desfavorable pero fluctuante y el 33% mostró una evolución crónica grave. En el grupo con diagnóstico de depresión subumbral, el 25% presentó una evolución crónica (Beekman y cols., 2002). Esto es compatible con hallazgos de investigaciones previas en esta área, que demuestran que la depresión en personas mayores, seguidas durante un período prolongado, presentan una evolución crónica, remitente (Alexopoulos y cols., 1996; Baldwin y Jolley, 1986; Blazer y cols., 1992; Murphy, 1983; Post, 1962; Reynolds y cols., 1992).

En el Estudio de Envejecimiento de Berlín (Berlin Aging Study), los psiquiatras de investigación arribaron a un diagnóstico de depresión en pacientes que no cumplían los criterios del DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987) pero que, no obstante, se presentaban con estado de ánimo deprimido, pérdida de energía y/o interés, y por lo menos otros dos síntomas depresivos durante las cuatro semanas previas o un período mayor (Schaub y cols., 2003). Además, los psiquiatras valoraron si los signos y síntomas presentes eran lo suficientemente graves para justificar o requerir intervención antidepresiva (Geiselmann y cols., 2001; Helmchen y cols., 1999). La depresión subumbral, según se definió en el Estudio de Envejecimiento de Berlín, parece representar un concepto diagnóstico que se observa, preferencialmente, en el anciano y en el que puede resultar beneficiosa una discusión en el texto del DSM-5 (Geiselmann y Bauer, 2000). Un área interesante sobre la que puede resultar útil un análisis más exhaustivo es si la entidad de depresión subumbral justifica una representación separada en el DSM-5.

De modo similar, el Examen Geriátrico Automatizado para Taxonomía Asistida por Computadora (Automated Geriatric Examination for Computer Assisted Taxonomy, AGECAT; Copeland y cols., 1986) ofrece ventajas para la mayor detección de entidades clínicamente importantes que pueden no ser pesquisadas con los criterios del DSM actuales. La ventaja de las categorías generadas por el AGECAT, por ejemplo, es que es más probable de detectar síndromes en lugar de categorías nosológicas muy definidas. Por ejemplo el AGECAT emplea la necesidad de intervención como criterio de caso y, por ende, tiene un enfoque de entidad clínica y no de marco nosológico basado por entero en la psicopatología. En un estu-

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

dio que incorporó al grupo de edad más avanzada (Schaub y cols., 2003), cuando se usó el AGECAT, se diagnosticó depresión en el 12,4% y el 19,4% de los hombres y las mujeres, respectivamente, de 70 a 84 años de edad. En cambio, se diagnosticaron menos casos con el DSM-III-R: 5,4 y 8,5% de hombres y mujeres, respectivamente, del mismo grupo etario. Entre los sujetos de 83 a 103 años, se arribó a un diagnóstico de depresión basado en el AGECAT en el 14,7% de los hombres y el 19,4% de las mujeres, mientras que también en esa oportunidad, se diagnosticaron menos casos con el DSM-III-R: 6,2% de los hombres y 17,1% de las mujeres de este grupo etario. Esta cuestión de "necesidad clínica" frente a distinción nosológica es un aspecto clave relacionado con el adulto mayor y un desafío importante para el DSM-5.

Los adultos mayores son particularmente vulnerables al distrés, el deterioro funcional y la necesidad de atención en el contexto de síntomas que pueden ser tanto subsindrómicos y con altas probabilidades de coexistir con otros síntomas psiquiátricos o físicos. Löwe y cols. (2008) consideraron este escenario; aunque su estudio no se centró en ancianos, las observaciones de este grupo son bastante relevantes para el envejecimiento. Específicamente, los autores comunicaron hallazgos –de 2.091 pacientes consecutivos que consultaron en 15 servicios de atención primaria diferentes– que documentaron la coexistencia de depresión, ansiedad y somatización en más de la mitad de los pacientes. Más aun, estos autores observaron que había una contribución de la superposición de estos trastornos, de manera que el deterioro funcional secundario a su coexistencia superó sustancialmente la contribución individual de cada trastorno. En concreto, los autores utilizaron dos medidas de deterioro funcional: el Medical Outcomes Study Short-Form General Health Survey (Estudio de resultados médicos del formulario breve de la Encuesta de Salud General) y los días de discapacidad comunicados por el propio individuo. La superposición de estos síndromes determinó una contribución del 24,5% a la variación explicada, en comparación con el 2,3% para la depresión sola, el 0% para la ansiedad sola y el 7,1% para la somatización sola. Si bien persiste el debate activo respecto de cómo integrar el deterioro funcional en las formulaciones del DSM-5, es evidente que los síntomas subumbral, así como las enfermedades concomitantes, son patrones clínicos importantes que tienen una repercusión en el adulto mayor, y un reflejo de esta observación probablemente mejoraría el DSM-5. El Sistema de Información de Medidas de Variables Comunicadas por el Paciente de los National Institutes of Health quizá resulte una herramienta útil en los estudios de campo del DSM para ayudar a reflejar la comorbilidad entre síntomas psiquiátricos, así como su superposición con medidas de salud general, física y función social.

En conjunto, la evidencia indica que puede haber diferencias sustanciales de expresión clínica y evolución durante la vida (es decir, una tendencia a síntomas subsindrómicos que son un foco de atención clínica y una tendencia a la cronicidad en el curso de la vida), que pueden caracterizar la depresión en el adulto mayor. Es probable que esto alcance un nivel de revisión de texto para ayudar a capturar estas diferencias clínicas importantes. Además, informes recientes del Estudio Colaborativo de Depresión (Coryell y cols., 2009) sugieren que la edad de comienzo más joven puede incidir en la persistencia de los síntomas en etapas más

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

tardías de la vida. Este estudio de seguimiento a 20 años examinó la persistencia a largo plazo de los síntomas de trastorno depresivo mayor. Se llevaron a cabo evaluaciones en pacientes divididos por su edad en el momento de la entrada: los más jóvenes (18-29 años), mediana edad (30-44 años) y los de mayor edad (45 años o mayores). En este estudio, las edades de comienzo más tempranas se asociaron con mayor persistencia de los síntomas, sobre todo en el grupo más joven. Las proporciones de "semanas enfermo" mostraron estabilidad intraindividual a lo largo del tiempo, que fue muy evidente en el grupo de mayor edad. Por lo tanto, una edad de comienzo temprana, más que la juventud per se, se asoció con mayor morbilidad por depresión a lo largo de dos décadas en gran parte de las etapas medias de la vida. De modo similar, Driscoll y cols. (2005) mostraron que la depresión recurrente en etapas tardías de la vida demora más en responder al tratamiento que un solo episodio de depresión de comienzo tardío. Entonces, la evolución natural de los trastornos del estado de ánimo parece ser influenciada de manera significativa por las interacciones entre edad de comienzo, efectos del envejecimiento y sistemas diagnósticos (AGECAT frente a DSM) usados en individuos mayores.

Por último, investigadores de la Temple University examinaron la depresión en una muestra de 244 individuos de 100 años o más (Davey y cols., 2008). Más del 25% de las personas mostró síntomas depresivos clínicamente relevantes, pero sólo el 8% comunicó un diagnóstico de depresión. Los autores observaron que la depresión en individuos centenarios se podía vincular con una serie de factores, como mal estado nutricional, incontinencia urinaria, limitada actividad física y antecedentes de ansiedad, lo que destaca otros factores de comorbilidad que pueden explicar la mayor varianza de los síntomas con el avance de la edad.

Para volver a llevar esta discusión a los tres enfoques sugeridos para integrar la información sobre envejecimiento en el DSM-5, parece que los trastornos depresivos tienen características específicas de mayor cronicidad y manifestaciones subumbral que, con suma probabilidad, podrían especificar las revisiones de texto del DSM. Sin embargo, también podemos considerar la incorporación de manifestaciones específicas de la edad que pueden ayudar a precisar los criterios diagnósticos, cuando se los aplica al adulto mayor, como considerar diagnóstico un umbral de síntomas más bajo cuando el deterioro o el distrés sugieren que se justifica un tratamiento.

Esquizofrenia a lo largo de la vida

El Grupo Internacional de Esquizofrenia de Comienzo Tardío resumió las características clínicas de la esquizofrenia de comienzo tardío (la que aparece después de los 40 años) y concluyó en que hay evidencia para su validez diagnóstica, así como para la psicosis similar a esquizofrenia de comienzo muy tardío (es decir, comienzo después de los 60 años) (Howard y cols., 2000). Desde hace tiempo, definir la influencia de la edad de comienzo sobre la evolución de la esquizofrenia ha sido un tema de estudio, desde Kraepelin en 1902, quien sugirió que sólo un pequeño porcentaje de pacientes presentaban síntomas iniciales de demencia precoz después de los 40 años.

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

Los estudios siguientes sugirieron que la esquizofrenia de comienzo tardío (es decir, comienzo después de los 45 años de edad) tiende a mostrar menor aplanamiento afectivo, menos desorganización, menos síntomas negativos, mayor probabilidad de ideas delirantes paranoides y, en términos generales, una evolución menos deteriorante (Jeste y cols., 1995; Riecher-Rossler y cols., 1995). En consecuencia, el DSM-III-R especificó el comienzo de la enfermedad después de los 45 años como una categoría separada. También hay diferencias demográficas; por ejemplo, los pacientes con comienzo tardío parecen incluir una preponderancia de mujeres con funcionamiento social y ocupacional más alto. El DSM-III incluyó el "comienzo tardío" como categoría definida; sin embargo, por consenso, el DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) y la CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1992) omitieron esta categoría. De modo similar, el DSM-IV-TR no incluye un subtipo "comienzo tardío", pero sí un texto específico en la sección "Manifestaciones específicas de cultura, edad y sexo", que describe las manifestaciones clínicas más comunes en pacientes con comienzo tardío de la enfermedad.

En 2000, Howard y cols. concluyeron que "en términos de la epidemiología, el perfil sintomático y las fisiopatologías identificadas, los diagnósticos de esquizofrenia de comienzo tardío (>40 años de edad) y psicosis similar a esquizofrenia de comienzo muy tardío (> 60 años de edad) tienen validez aparente y utilidad clínica" (p. 1334). Las manifestaciones clínicas identificadas por el grupo de Consenso Internacional consistieron, fundamentalmente, en una ausencia relativa de trastorno del pensamiento formal respecto de la enfermedad de comienzo en la juventud. Desde una perspectiva epidemiológica, Harris y Jeste (1988) estimaron que la proporción de pacientes cuya enfermedad apareció por primera vez después de los 40 años era del 23,5% de todas las personas con esquizofrenia. La esquizofrenia de comienzo tardío también afecta con mayor frecuencia a las mujeres que a los hombres, hasta el punto en que el sexo femenino puede representar un factor de riesgo. Además, Pearlson y cols. (1989) observaron un riesgo de morbilidad más bajo en los familiares de pacientes con comienzo tardío. En términos de parámetros fisiológicos, los estudios imagenológicos cerebrales hallaron más a menudo cambios estructurales inespecíficos en personas con enfermedad de comienzo tardío (Krull y cols., 1991), lo que aporta cierta evidencia de que puede haber diferencias etiopatológicas. La respuesta al tratamiento de pacientes con enfermedad de comienzo tardío podría tener una evolución más favorable, con remisión completa de los síntomas psicóticos es el 48-61%, lo que sugiere una mejor respuesta que la enfermedad de comienzo temprano y una mejor respuesta en comparación con el trastorno delirante (Jeste y cols., 1993; Pearlson y cols., 1989).

Sin embargo, un estudio reciente examinó a 52 pacientes de 60 años y mayores, y comparó los resultados del tratamiento en los pacientes cuya enfermedad había comenzado antes de los 40 años o después de los 40 años (Huang y Zhang, 2009). Este estudio no mostró ninguna diferencia en la gravedad general de los síntomas entre los grupos ni detectó diferencias significativas con respecto al deterioro cognitivo, el funcionamiento diario y el pronóstico global, con excepción de que la dosificación media de antipsicóticos era más alta (aunque no significativamente) en los pacientes con comienzo temprano. Una revisión útil de Tune y Salzman (2003) sugirió que, si bien la enfermedad de comienzo tardío puede res-

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

ponder más al tratamiento, puede haber mayores riesgos de efectos adversos emergentes del tratamiento, por ejemplo, discinesia tardía.

Schultz y cols. (2000) compararon las características de los síntomas entre pacientes con comienzo temprano e intermedio (n = 259) para determinar si las manifestaciones clínicas distinguían diferencias dentro de las poblaciones más jóvenes. Este estudio dicotomizó a los sujetos en grupos de comienzo "joven" y comienzo "intermedio", con edades de comienzo de 20-29 y 30-45 años, respectivamente. Respecto de las medidas globales de síntomas psicóticos, desorganizados y negativos, los pacientes con comienzo temprano tenían más síntomas de desorganización y negativos, pero no diferían en cuanto a alucinaciones e ideas delirantes. Estos hallazgos son compatibles con un continuo de variación asociada con la edad de comienzo que sigue el mismo patrón observado con otros umbrales para el comienzo más tardío.

Para desplazarse aun más a lo largo del continuo, el síndrome de "psicosis similar a la esquizofrenia de comienzo muy tardío (> 60 años de edad)" propuesto por Howard y cols. (2000) representa una entidad interesante que ha sido bastante menos investigada. Por lo general, aquellos que presentan un síndrome psicótico crónico a los 60 años de edad o más están expuestos a diversos factores comórbidos que pueden influir de manera sustancial en la presentación clínica. Por ejemplo, una combinación de procesos neuropatológicos adicionales (es decir, alteraciones vasculares, enfermedad de Alzheimer u otras alteraciones relacionadas con la edad) pueden influir lo suficiente en la presentación, la evolución y el pronóstico de la enfermedad para justificar una entidad nosológica independiente, como sugieren Howard y cols. (2000). Sin embargo, aun así, puede ser beneficioso considerar la aplicación de una perspectiva dimensional a la transición "tardía-muy tardía" de la vida, de modo análogo al estudio juventud-edad mediana de la vida mencionado antes. Es decir, entre aquellos con comienzo a los 45-60 años, un subgrupo puede tener el mismo proceso etiopatológico que los pacientes con comienzo en la juventud, pero con comienzo diferido de la enfermedad debido a algún factor protector o a una combinación de factores protectores. Por ejemplo, la presencia de estrógenos podría ser un factor protector contra la aparición de psicosis, de manera que la fase perimenopáusica introduce un nuevo riesgo para las mujeres mayores. En contraste, otro subgrupo de pacientes con comienzo en el rango etario de 45-60 años puede estar expuesto a un riesgo de psicosis degenerativa relacionada con alteraciones cerebrovasculares u otra enfermedad concomitante relacionada con la edad.

En términos de psicosis "muy tardías", en el sentido neurodegenerativo más amplio, los factores de riesgo identificados, por ejemplo antecedentes familiares de esquizofrenia, sugieren que puede haber una vulnerabilidad genéticamente mediada a la psicosis en etapas tardías de la vida, muy similar a lo observado en la enfermedad de comienzo temprano. Tsuang y cols. (2000) sugirieron que, junto con los factores apropiados que activan un presunto gen de psicosis, puede aparecer un cuadro psicótico como resultado de una serie de procesos de base (p. ej., enfermedad de Huntington). Esto genera un modelo de "psicosis degenerativa", de manera tal que en el contexto de una agresión degenerativa apropiada, ciertos individuos con predisposición genética manifiestan síndromes clínicamente distin-

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

guibles de psicosis de etapas tardías de la vida. Estos síndromes tienen manifestaciones singulares, como mayor componente afectivo, ideas delirantes de infidelidad e ideas persecutorias. Es probable que la evaluación diagnóstica de los trastornos neurocognitivos abarquen estos cuadros, y la discusión futura del Grupo de Trabajo sobre Trastornos Neurocognitivos del DSM-5 considerará estas cuestiones. Las estimaciones actuales de la Asociación de Alzheimer indican que, en los Estados Unidos, la enfermedad de Alzheimer afecta a cinco millones de personas; este escenario, combinado con la observación de que la psicosis puede afectar al 40% o más de estos pacientes (Ropacki y Jeste, 2005), deja bastante en claro que esta enfermedad se convertirá en un objetivo de evaluación diagnóstica e intervención cada vez más importante.

Para volver a llevar la discusión al diagnóstico de esquizofrenia, las revisiones de texto del DSM-5 pueden ayudar a caracterizar las diferencias clínicas de la enfermedad de comienzo tardío. Respecto de los criterios diagnósticos, dado que no hay ninguna manifestación sintomática de la esquizofrenia de comienzo tardío fuera de los límites de la variación clínica de la enfermedad básica, se podría postular que pueden bastar las modificaciones del texto o las manifestaciones relacionadas con la edad. Sin embargo, puede haber suficiente coherencia sindrómica respecto de la esquizofrenia de comienzo tardío (después de los 40 años de edad) o la psicosis similar a esquizofrenia muy tardía (después de los 60 años de edad) para que el DSM analice subtipos relacionados con la edad. Asimismo, en el DSM-5 puede haber una oportunidad para arrojar más luz sobre este subgrupo agregando más información, en forma de "manifestaciones relacionadas con la edad", que ajuste las manifestaciones clínicas de los esquemas diagnósticos a la edad de un paciente. Globalmente, hay mucha información sobre psicosis de comienzo tardío que ofrece diversas oportunidades para aumentar el texto del DSM-5.

Conclusiones

Los tres métodos para implementar el agregado de contenido específico de edad al DSM pueden implicar un enfoque graduado, por ejemplo:

1. Modificación simple del texto que acompaña a un trastorno.
2. Inclusión de manifestaciones relacionadas con la edad que se pueden utilizar para calificar/caracterizar criterios diagnósticos específicos.
3. Adopción de subtipos relacionados con la edad, que tienen criterios diagnósticos definidos propios y pueden implicar etiopatologías específicas, avaladas por evidencia del máximo nivel.

Esta exposición ilustra algunos de los problemas actuales que rodean la interpretación de evidencia para cualquier modificación del texto. Hay que recordar la complejidad de los efectos de cohortes, las dificultades de los estudios longitudinales y las influencias de las enfermedades médicas concomitantes que crean problemas especiales para considerar aspectos de etapas más tardías de la vida en los diagnósticos psiquiátricos. El envejecimiento de nuestra población está cambian-

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

do de manera sustancial la fisonomía de la salud mental; por lo tanto, hay una gran necesidad de atender a las etapas tardías de la vida. Recientemente, el National Institute on Aging (2007) observó que "las personas de 85 años y mayores son, hoy en día, el sector de crecimiento más rápido de muchas poblaciones nacionales" y que "por primera vez en la historia y, probablemente durante el resto de la historia humana, las personas de 65 años y más superarán a los niños menores de cinco años" (p. 3). Las implicaciones de estos hechos quizá sólo están comenzando a despertar conciencia en nuestro campo; donde tradicionalmente la carga de enfermedad ha llevado nuestra mirada a las etapas tempranas de la vida, ahora debemos dirigir nuestra atención a todo el período de la vida.

Bibliografía

Alexopoulos GS, Meyers BS, Young RC, et al: Recovery in geriatric depression. Arch Gen Psychiatry 53:305–312, 1996

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3ª ed., revisada. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1987

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4ª ed. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4ª ed., texto revisado. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000

Arnold SE: Contributions of neuropathology to understanding schizophrenia in late life. Harv Rev Psychiatry 9:69–76, 2001

Baldwin RC, Jolley DJ: The prognosis of depression in old age. Br J Psychiatry 149:574–583, 1986

Beard JR, Galea S, Vlahov D: Longitudinal population-based studies of affective disorders: where to from here? BMC Psychiatry 8:83, 2008

Beekman AT, Geerlings SW, Deeg DJ, et al: The natural history of late-life depression: a 6-year prospective study in the community. Arch Gen Psychiatry 59:605–611, 2002

Blazer D, Hughes DC, George LK: Age and impaired subjective support: predictors of depressive symptoms at one-year follow-up. J Nerv Ment Dis 180:172–178, 1992

Blazer DG, Wu LT: The epidemiology of substance use and disorders among middle-aged and elderly community adults: national survey on drug use and health. Am J Geriatr Psychiatry 17:237–245, 2009

Brodaty H, Luscombe G, Parker G, et al: Early and late onset depression in old age: different aetiologies, same phenomenology. J Affect Disord 66:225–236, 2001

Chuan SK, Kumar R, Matthew N, et al: Subsyndromal depression in old age: clinical significance and impact in a multi-ethnic community sample of elderly Singaporeans. Int Psychogeriatr 20:188–200, 2008

Ciompi L: Catamnestic long-term study on the course of life and aging of schizophrenics. Schizophr Bull 6:606–618, 1980

Copeland JR, Dewey ME, Griffiths-Jones HM: A computerized psychiatric diagnostic system and case nomenclature for elderly subjects: GMS and AGECAT. Psychol Med 16:89–99, 1986

Coryell W, Solomon D, Leon A, et al: Does major depressive disorder change with age? Psychol Med 19:1–7, 2009

Davey A, Siegler I, Martin P, et al: Centenarians 'grossly' underdiagnosed for depression. ScienceDaily, Nov 24, 2008. Available at: http://www. sciencedaily.com/releas-

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

es/2008/11/081124080810.htm/releases/2008/ 11/081124080810.htm. Consultado el 31 de agosto de 2009

Driscoll HC, Basinski J, Mulsant BH, et al: Late-onset major depression: clinical and treatment-response variability. Int J Geriatr Psychiatry 20:661–667, 2005

Geiselmann B, Bauer M: Subthreshold depression in the elderly: qualitative or quantitative distinction? Compr Psychiatry 41:32–38, 2000

Geiselmann B, Linden M, Helmchen H: Psychiatrists' diagnoses of subthreshold depression in old age: frequency and correlates. Psychol Med 31:51–63, 2001

Grant BF, Dawson DA: Introduction to the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. Alcohol Research & Health 29(2):74–78, 2006

Grucza RA, Bucholz KK, Rice JP, et al: Secular trends in the lifetime prevalence of alcohol dependence in the United States: a re-evaluation. Alcohol Clin Exp Res 32:763–770, 2008

Harding CM, Brooks GW, Ashikaga T, et al: The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness, II: long-term outcome of subjects who retrospectively met DSM-III criteria for schizophrenia. Am J Psychiatry 144:727–735, 1987

Harris MJ, Jeste DV: Late-onset schizophrenia: an overview. Schizophr Bull 14:39–55, 1988

Harvey PD: Cognitive and functional impairments in elderly patients with schizophrenia: a review of the recent literature. Harv Rev Psychiatry 9:59–68, 2001

Helmchen H, Baltes MM, Geiselmann B, et al: Psychiatric illnesses in old age. En: The Berlin Aging Study: Aging From 70 to 100. Editado por Baltes PB, Mayer KU. New York, Cambridge University Press, 1999, pp 167–196

Holroyd S, Duryee JJ: Differences in geriatric psychiatry outpatients with early vs late-onset depression. Int J Geriatr Psychiatry 12:1100–1106, 1997

Howard R, Rabins PV, Seeman MV, et al: Late-onset schizophrenia and very-late-onset schizophrenia-like psychosis: an international consensus. The International Late-Onset Schizophrenia Group. Am J Psychiatry 157:172–178, 2000

Huang C, Zhang YL: Clinical differences between late-onset and early onset chronically hospitalized elderly schizophrenic patients in Taiwan. Int J Geriatr Psychiatry 24:1166–1172, 2009

Huber G, Gross G, Schuttler R, et al: Longitudinal studies of schizophrenic patients. Schizophr Bull 6:592–605, 1980

Hybels CF, Blazer DG, Pieper CF, et al: Profiles of depressive symptoms in older adults diagnosed with major depression: latent cluster analysis: Am J Geriatr Psychiatry 17:387–396, 2009

Jeste DV, Lacro JP, Gilbert PL, et al: Treatment of late-life schizophrenia with neuroleptics. Schizophr Bull 19:817–830, 1993

Jeste DV, Harris MJ, Krull A, et al: Clinical and neuropsychological characteristics of patients with late-onset schizophrenia. Am J Psychiatry 152:722–730, 1995

Kerr WC, Greenfield TK, Bond J, et al: Age-period-cohort modeling of alcohol volume and heavy drinking days in the US National Alcohol Surveys: divergence in younger and older adult trends. Addiction 104:27–37, 2009

Kovacs M, Rottenberg J, George C: Maladaptive mood repair responses distinguish young adults with early onset depressive disorders and predict future depression outcomes. Psychol Med 20:1–14, 2009

Kraepelin E: Dementia praecox, in Clinical Psychiatry: A Textbook For Students And Physicians, 6ª ed. Traducido por Diefendorf AR. New York, Macmillan, 1902

Krull AJ, Press G, Dupont R, et al: Brain imaging in late-onset schizophrenia and related psychoses. Int J Geriatr Psychiatry 6:651–658, 1991

Löwe B, Spitzer RL, Williams JB, et al: Depression, anxiety and somatization in primary care: syndrome overlap and functional impairment. Gen Hosp Psychiatry 30:191–199, 2008

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

McGlashan TH: A selective review of recent North American long-term follow up studies of schizophrenia. Schizophr Bull 14:515–542, 1988

Murphy E: The prognosis of depression in old age. Br J Psychiatry 142:111–119, 1983

National Institute on Aging: Why Population Aging Matters: A Global Perspective. National Institute on Aging, National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services. Publication No. 07–6134,

March 2007. Disponible en: http://www.nia.nih.gov/researchinformation/ extramuralprograms/behavioralandsocialresearch/GlobalAging.htm. Consultado el 31 de agosto de 2009

Nelson JC, Clary CM, Leon AC, et al: Symptoms of late-life depression: frequency and change during treatment. Am J Geriatr Psychiatry 13:520–526, 2005

Pearlson GD, Kreger L, Rabins PV, et al: A chart review study of late-onset and early onset schizophrenia. Am J Psychiatry 146:1568–1574, 1989

Pirkola S, Saarni S, Suvisaari J, et al: General health and quality-of-life measures in active, recent, and comorbid mental disorders: a population-based health 2000 study. Compr Psychiatry 50:108–114, 2009

Post F: The Significance of Affective Symptoms at Old Age. Oxford, UK, Oxford University Press, 1962

Reynolds CF 3rd, Frank E, Pereil JM, et al: Combined pharmacotherapy and psychotherapy in the acute and continuation treatment of elderly patients with recurrent major depression: a preliminary report. Am J Psychiatry 149:1687–1692, 1992

Riecher-Rossler A, Rossler W, Forstl H, et al: Late-onset schizophrenia and late paraphrenia. Schizophr Bull 21:345–354, discussion 355–356, 1995

Ropacki SA, Jeste DV: Epidemiology of and risk factors for psychosis of Alzheimer's disease: a review of 55 studies published from 1990 to 2003. Am J Psychiatry 162:2022–2030, 2005

Schaub RT, Linden M, Copeland JR: A comparison of GMS-A/AGECAT, DSMIII-R for dementia and depression, including subthreshold depression (SD): results from the Berlin Aging Study (BASE). Int J Geriatr Psychiatry 18:109–117, 2003

Schultz SK, Ho BC, Andreasen NC: Clinical features characterizing young-onset and intermediate-onset schizophrenia. J Neuropsychiatry Clin Neurosci 12:502–505, 2000

Tsuang MT, Stone WS, Faraone SV: Toward reformulating the diagnosis of schizophrenia. Am J Psychiatry 157:1041–1050, 2000

Tune LE, Salzman C: Schizophrenia in late life. Psychiatr Clin North Am 26:103–113, 2003

World Health Organization: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10ª revisión. Geneva, World Health Organization, 1992

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

Índice analítico

A

Aberraciones perceptivas y variaciones normales de la personalidad, 138
Abuso y dependencia en trastornos por consumo de alcohol, 77
Accidente cerebrovascular, consecuencias neurológicas de, 62
Activación psicomotora en manía/hipomanía, 48
Actividades de la vida cotidiana (AVC), evaluaciones de, 181
Adaptación y estudio de depresión en afroamericanos, 260
Adicción al trabajo y rasgos de personalidad, 101, 103c
Adultos mayores
- depresión a lo largo de la vida y, 314
- enfoque propuesto para la perspectiva durante la vida en el DSM-5, 311
- esquizofrenia a lo largo de la vida y, 316
- etapas del desarrollo y expresión clínica de enfermedad en, 306

Afroamericanos y estudio de depresión mayor, 258, 264c, 265, 268c
Agorafobia, Véase también *Trastorno de angustia*
- afroamericanos y tasas de, 260
- diagnóstico umbral y pronóstico de, 123c
- evaluación de discapacidad y, 166c, 209
- marco de la grilla de ansiedad para la evaluación dimensional de, 115c
- variables dimensionales y, 128c

Agresión, y rasgos de personalidad, 101, 103c
Agrupación basada en modelos y dimensiones de la personalidad, 93
Agrupación, y validadores externos propuestos para el DSM-5, 11, 12c
Alemania y Encuesta Mundial de Salud Mental, 224, 226c, 230, 232c, 235, 236c
American Occupational Therapy Association (Asociación de Terapia Ocupacional de los Estados Unidos), 147
American Psychiatric Association (Asociación de Psiquiatría de los Estados Unidos), 83
American Psychiatric Institute for Research and Education, 92
American Psychological Association (Asociación de Psicología de los Estados Unidos), 140
American Speech, Language and Hearing Association, 147
Americanos de origen asiático, y trastorno depresivo mayor, 262, 263c, 266, 267c
Análisis de clases latentes, 49
Análisis de la escala de Mokken y medidas de discapacidad, 188, 190c, 198
Análisis factorial confirmatorio (AFC), y medidas de discapacidad, 199
Análisis factorial y enfoque de espectros, 45
Anemia por deficiencia de hierro, 5
Anorexia/bulimia
- como dominio del espectro, 35
- umbral para clínicamente significativo, 44c

Ansiedad social, 37
Antagonismo y prototipos de personalidad, 92
Área bajo la curva (AUC), 121
Artritis, 163c, 200
- reumatoidea, 43

Asociación de Alzheimer, 319
Atribución de derechos y rasgos de personalidad, 101, 103c
Autismo, 9, 13c
Autoidentificación como discapacitado, 180

B

Bélgica, y Encuesta Mundial de Salud Mental, 224, 226c, 232c, 234, 234c, 236c
Bulimia, Véase *Anorexia/bulimia*

C

Calidad de vida BREF de la OMS (WHO-QOL-BREF), 201, 204c, 209
Calidad de vida y medición de discapacidad, 201
Capacidad y calificadores para las limitaciones de actividad y las restricciones de participación, 146

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

Capacidad de respuesta al cambio en estudios de discapacidad, 161
Capacidad de respuesta externa y medidas de discapacidad, 199
"Características específicas de cultura, edad y sexo", 311
Carcinoma de pulmón de células pequeñas, 5
Carga Global de Morbilidad (GBD), 180
Caso, y clasificaciones de trastornos mentales, 57
China, Véase también *Americanos de origen asiático*
- Encuesta Mundial de Salud Mental y, 223, 226c, 230, 233c, 234, 236c
- encuestas transnacionales de discapacidad en, 184, 185c, 188
CIE-10, Véase también *Organización Mundial de la Salud*
- como ejemplo de sistema de clasificación pública, 56
- diagnóstico de "síndromes de fatiga" en, 67
- influencia de los sistemas de clasificación en la financiación de la atención médica, 62
- versiones de los sistemas de clasificación usados en, 69
CIE-11 y elaboración del DSM-5, 147
Clasificación internacional de deterioros, discapacidades y hándicaps (CIDDH), 180
Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud (CIF), 145
Clasificación internacional de intervenciones en salud (CIIS), 145
Clasificación de trastornos mentales, Véase también *Enfoque categorial; Enfoque dimensional*
- influencia de sobre programas y servicios de salud mental, 60
- necesidad de revisión por sistemas de, 70
- problemas en los enfoques de, 57
- prototipos de personalidad como configuraciones de rasgos, 92
Clasificaciones privadas, 55
Clasificaciones públicas, 55
Clínicos (médicos)
- beneficios del sistema dimensional para, 77
- recolección de datos clínicos y, 84
Colombia, y Encuesta Mundial de Salud Mental, 224, 226c, 232c, 234c, 236c
Comorbilidad
- diagnósticos categoriales de ansiedad/depresión y, 18, 19c
- frecuencia de en diagnósticos del DSM-III, DSM-IV y el DSM-IV-TR
- limitaciones de actividad y, 157
- marco de conceptualización del Proyecto de espectros y, 34
- medidas de discapacidad y
Componente físico resumido (PCS) y medidas de discapacidad, 182
Componente mental resumido (MCS) y determinación de discapacidad, 182
Conceptos de "estadificación" y conceptualización dimensional de progresión de la enfermedad, 118
Conducción peligrosa y clasificación de trastornos mentales, 59
Conjuntos de criterios alternativos, y género, 283
Consistencia interna y evaluación de discapacidad, 159, 161c, 209
Consorcio para establecer un registro de enfermedad de Alzheimer (CERAD), 186
Contextos médicos generales, Véase también *Trastornos psicológicos en el estudio de Atención Médica General*
- enfoques alternativos a pautas diagnósticas dimensionales para, 23
- problemas con diagnósticos de trastornos mentales en, 138
Crisis de angustia (*panic attacks*)
- diagnóstico umbral y pronóstico de, 121, 123c
- especificadores definidos dimensionalmente, 113
- subtipos de trastorno de ansiedad y, 124
- variables dimensionales y, 125, 128c
Criterios de información bayesiana (BIC), 96, 97c, 100c
Cuba, y encuestas transnacionales de discapacidad, 184, 185c, 188
Cuestionario de Salud General, 117
Cuestiones culturales, y enfoques transculturales para la determinación de enfermedad mental, 257, Véase también *Grupo de estudio de transcultura y género; Estudios transnacionales; Origen étnico, Raza*
Curva de información de ítems, 24, 25c
Curva de información de las pruebas, 23, 25c
Curvas de eficacia diagnóstica (ROC), 37, 197c

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

D

Daño autoinfligido y rasgos de personalidad, 101, 103c
Datos epidemiológicos, Véase también *Prevalencia*
- como fuente de información dimensional, 117
- cuestiones relacionadas con el género para el DSM-5 y, 275
Decoro y rasgos de personalidad, 101, 103c
Demencia
- como causa de muerte, 63
- evaluación de discapacidad y, 162, 190c
Departamento de Salud y Servicios Humanos, 147
Dependencia y abuso en trastornos por consumo de alcohol, 77
Dependencia y rasgos de personalidad, 101, 103c
Depresión, Véase también *Trastorno depresivo mayor; Depresión unipolar*
- adultos mayores y edad de comienzo de, 310
- enfoque durante la vida de, 314
- evaluación de discapacidad y, 163c, 166c, 186, 190c, 199
- modelo estructural bifactorial de, 27c
- patrón factorial de síntomas internalizantes en contextos médicos generales, 26c
- umbral para clínicamente significativa, 44c
- valor predictivo de variables de, 124
- ventajas para el paciente de discriminar entre ansiedad y, 20
Depresión unipolar, y enfoque de espectros, 37, 47c, 48
Desapego y rasgos de personalidad, 101, 103c
Desarrollo, Véase también *Discapacidad evolutiva*
- adultos mayores y, 306
- factores en las perspectivas sobre, 290
- integración de datos en las revisiones de texto, 294
- manifestaciones relacionadas con la edad de trastornos mentales y, 296
Desconfianza y rasgos de personalidad, 101, 103c
Desempeño y calificadores de limitaciones de actividad y restricciones de participación, 146
Desinhibición y rasgos de personalidad, 101, 103c
Desregulación emocional/afecto negativo y prototipos de personalidad, 92
Deterioro, Véase también *Deterioro funcional; Deterioro físico*
Deterioro físico y evaluación de discapacidad, 186, 190c
Deterioro funcional, Véase también *Limitaciones de actividad; Discapacidad*
- adultos mayores y, 308
- CIE y concepto de caso, 58
- criterios de significación clínica y, 142
- estilo de vida y, 58
- gravedad de los síntomas y discapacidad, 144
- identidad e imagen de la psiquiatría, 61
- uso del término, 147
Deterioros cognitivos, y evaluación de discapacidad, 165
Diabetes mellitus, 9
Diagnóstico, Véase también *Enfoque categorial; Clasificación; Enfoque dimensional; Discapacidad; Trastornos subumbral; Umbral; trastornos específicos*
- caso en la clasificación de trastornos mentales y, 58
- criterios para esquizofrenia de comienzo tardío y, 309
- cuestiones de género en la construcción de conjuntos de criterios para, 277
Diagnósticos "no especificados"
- problemas de los diagnósticos categoriales y, 18
- uso en el DSM-IV, 7
Dimensiones supraordinales de trastornos de ansiedad, 113
Discapacidad, Véase también *Deterioro funcional; Discapacidad global; Discapacidad intelectual; Gravedad*
- caso en la clasificación de trastornos mentales y, 58
- concepto de funcionamiento y, 146
- criterio de significación clínica, 142
- criterios de síntomas operacionalizados del sistema DSM y, 144
- enfoques prácticos para mejorar en discapacidad, 171
- Escala de Evaluación del Funcionamiento Global y, 169
- evaluación en estudios transnacionales, 221
- evaluación por informe del propio paciente, 157
- identidad e imagen de la psiquiatría y, 60

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

Discapacidad, Véase también *Deterioro funcional; Discapacidad global; Discapacidad intelectual; Gravedad (Cont.)*
- importancia de la determinación de, 180
- marco CIF para la evaluación de, 154
- medición del cambio entre enfermedades en la investigación de servicios de salud, 199
- uso del término, 147
- variables dimensionales y, 120, 125, 126c

Discapacidad evolutiva y cuestionarios de autoinforme, 162
Discapacidad global y evaluación de limitaciones de actividad, 157, 158c, 159
Discapacidad intelectual y clasificación de trastornos mentales, 59
Discriminación de ítems, 24
Dispareunia, 277
Distimia
- diagnóstico umbral y pronóstico de, 123c
- valor predictivo de variables de, 124, 128c, 130

Distrés
- caso en la clasificación de trastornos mentales y, 58
- criterio de significación clínica y, 142
- eliminación de, como criterio para el diagnóstico de enfermedades mentales, 147
- identidad e imagen de la psiquiatría y, 60
- uso del término, 147

Dorsalgia y evaluación de discapacidad, 163c, 166c, 208
DSM
- atención a la fiabilidad interevaluadores de, 4
- cuestiones de género en, 274
- definición de trastorno mental en, 139
- esquizofrenia de comienzo tardío en
- imagen de la psiquiatría y, 65
- importancia de
- principios básicos de, 111

DSM-I y género, 274
DSM-II y género, 274
DSM-III-R
- cuestiones de género en, 274
- definición de trastorno mental en, 139

DSM-IV
- criterio de significación clínica en, 141
- cuestiones de género en, 274
- perspectivas evolutivas en, 294
- preocupaciones emergentes acerca de las clasificaciones diagnósticas en, 6
- pruebas médicas objetivas para trastornos en, 5

DSM-IV-TR
- conceptualización de trastornos de personalidad en, 91
- criterio clínico y uso de, 137
- cuestiones de género en, 274
- enfoque durante la vida de las revisiones de texto de, 311
- esquizofrenia de comienzo tardío y, 317
- principios básicos de, 111

DSM-5, Véase *Grupo de Trabajo sobre Niños y Adolescentes; Clasificación; Grupo de Estudio de Transcultura y Género; Estudios transnacionales; Desarrollo; Diagnóstico; Enfoque dimensional; Género; Genética; Grupo de Estudio de Espectros*
- CIE-11 y desarrollo de, 147
- enfoque propuesto para la perspectiva durante la vida, 311
- espectro del estado de ánimo como ejemplo de oportunidades para, 43, 50c

DSM-6, 87
Duración y escalas dimensionales para TAG y TDM, 18

E

Edad de comienzo
- de esquizofrenia, 308
- de psicosis, 317
- de trastorno mentales durante la vida en encuesta transnacional, 224
- depresión en adultos mayores y, 310
- perspectivas evolutivas sobre la presentación clínica y, 293

Edad, y perspectivas evolutivas sobre el diagnóstico de los trastornos de ansiedad, 291, Véase también *Edad de comienzo; Niños; Adultos mayores*
Educación de los trabajadores de la salud, 68
Encuesta nacional de afroamericanos, 260
Encuesta Nacional Australiana, 18
Encuesta Nacional de Comorbilidad, 18
Encuesta Nacional de latinoamericanos y americanos de origen asiático, 262
Encuesta nacional de vida americana, 261
Encuestas Nacionales de Alcohol de los EE UU, 309
Enfermedad, uso del término, 57

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

Enfoque "centrado en la persona" para el modelado de datos de personalidad, 93
Enfoque de abajo arriba, de la categorización dimensional, 86
Enfoque de arriba abajo para la categorización dimensional, 86
Enfoque categorial de la clasificación diagnóstica
- necesidad de correspondencia entre enfoque dimensional y, 79
- problemas con, 18
- trastornos de personalidad en las ediciones previas del DSM y, 91
- uso del término, 111
Enfoque categorial-dimensional mixto para agregar medidas dimensionales al DSM-5, 112
Enfoque dimensional de la clasificación diagnóstica
- creación de equivalentes para diagnósticos del DSM-5 y, 80
- cuestiones futuras en, 86
- enfoques alternativos para la inclusión de, en pautas diagnósticas para la práctica médica general, 23
- escalas de gravedad y, 81
- modelos tridimensionales de TAG y TDM, 20
- optimización de la transición a, en el DSM-5, 79
- uso del término, 111
- ventajas y limitaciones de, 29
Enfoques de "biología de sistemas", 10
Enfoques de modelado latente, 23
Entrevista Clínica Estructurada para el Espectro de Angustia-Agorafobia (SCI-PAS), 38c, 117
Entrevista Clínica Estructurada para el Espectro Anorexia-Bulimia (SCI-ABS), 39c
Entrevista Clínica Estructurada para el Espectro de Consumo de Sustancias (SCI-SUBS), 39c
Entrevista Clínica Estructurada para el Espectro de Estado de Ánimo (SCI-MOODS), 41c
Entrevista Clínica Estructurada para el Espectro Obsesivo-Compulsivo (SCI-OBS), 40c
Entrevista Clínica Estructurada para el Espectro Psicótico (SCI-PSY), 39c
Entrevista Clínica Estructurada para Fobia Social (SCI-SHY), 40c
Entrevista Clínica Estructurada para trastornos del DSM, 45
Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta, 20, 120
Entrevista Geriátrica de Estado Mental, 186
Escala de Ansiedad ante Interacción Social, 162
Escala de Depresión, Ansiedad, Estrés, 162
Escala de Discapacidad de Londres, 201, 205c, 209
Escala de Evaluación del Funcionamiento Global (GAF), 145
Escala de gravedad de la ansiedad y deterioro global, 113
Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión, 116
Escala de Impresión Clínica Global (CGI), 49
Escala de Morbilidad Global (GMS), 120, 126c
Escala multidimensional de valoración psiquiátrica de pacientes hospitalizados, 116
Escala de síndromes positivos y negativos, 116
Escala de trastorno de ansiedad generalizada, 22
Escala de Valoración de Ansiedad de Hamilton, 116
Escala de valoración clínica de la Knee Society, 204c
Escala de Valoración de Depresión, 116
Escala de Valoración de Depresión de Hamilton, 200, 206c
Escala de valoración psiquiátrica breve (Brief Psychiatric Rating Scale, BPRS), 116, 126c, 129c
Escalas multidimensionales de valoración psiquiátrica, 116
Esclerosis sistémica,, 164c
España y Encuesta Mundial de Salud Mental, 224, 226c
Especificadores diagnósticos y género, 283
Espondilitis anquilosante, 163c, 167c
Esquema de Entrevista Diagnóstica (DIS), 85
Esquema de Evaluación de Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud II (WHODAS II), 157
Esquema para personalidad no adaptativa y adaptativa (SNAP), 93, 101, 103c
Esquema para trastornos afectivos y esquizofrenia, 84
Esquizofrenia
- concepto de, como espectro, 11, 13c
- contribuciones genéticas al riesgo de, 9
- edad de comienzo de, 308

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

Esquizofrenia *(Cont.)*
- edad y pródromo de, 301
- efectos de cohorte y evolución natural de, 308
- enfoque durante la vida de, 316
- enfoque de Robins y Guze para criterios diagnósticos de, 4
- escala de Evaluación del Funcionamiento Global y, 171
- estudios familiares de, 8
- intentos de suicidio y psicopatología del espectro estado de ánimo, 42
- trastorno de integración del pensamiento en Japón y, 68
- trastorno de personalidad esquizotípica y, 12
- validez concurrente del WHODAS II y, 163c

Estado de salud y determinación de discapacidad, 181, 185c, 199
Estados Unidos, Véase también *Afroamericanos; Americanos de origen asiático; Latinoamericanos*
- Encuesta Mundial de Salud Mental y, 223, 226c, 229, 232c, 234c, 236c
- raza, origen étnico y cambios demográficos de, 255

Estigmatización de personas con enfermedad mental, 67
Estilo de vida y deterioro funcional en trastornos mentales, 58
Estrategias de muestreo y soluciones de continuidad en las distribuciones de personalidad, 107
Estrés y estudio de depresión mayor en afroamericanos, 261
Estudio de Área de Captación Epidemiológica (ECA), 83
Estudio Colaborativo de Depresión, 315
Estudio de Envejecimiento de Berlín, 314
Estudio epidemiológico nacional sobre alcohol y enfermedades relacionadas, 275
Estudio Europeo de Trastornos Mentales (Encuesta Mundial de Salud Mental), 199
Estudio Longitudinal de Dunedin, 276
Estudio de Psicopatología de Estadios Tempranos del Desarrollo, 119
Estudio de resultados médicos del formulario breve de la Encuesta de Salud General, 315
Estudio de Trastornos psicológicos en la atención médica general, 20
Estudio de Zurich, 276
Estudios Colaborativos de Epidemiología Psiquiátrica (CPES), 258
Estudios familiares como fuente de problemas diagnósticos, 8
Estudios transnacionales, Véase también *Cuestiones culturales*
- de medidas de discapacidad, 161
- de trastornos mentales y uso de servicios, 220

Evaluación, Véase también *Diagnóstico*
- de actividades de la vida cotidiana, 181
- de discapacidad entre enfermedades, 199
- de discapacidad y gravedad en estudios transnacionales, 221
- de discapacidad por informe del propio paciente, 157
- enfoques prácticos para la mejoría de discapacidad, 171
- marco CIF para discapacidad y, 154
- proyecto de espectros y, 36c

Evolución natural y perspectivas evolutivas, 291
Examen Geriátrico Automatizado para Taxonomía Asistida por Computadora (AGECAT), 186
Exhibicionismo y rasgos de personalidad, 101, 103c

F

Factores ambientales
- condiciones de vida de minorías raciales o étnicas y, 258
- influencia en el deterioro funcional, 145, 156c, 157
- niveles de deterioro en niños y cambios de, 291

Factores personales e influencias contextuales sobre la discapacidad, 156c, 157
FDI uniforme, en análisis de la teoría de respuesta al ítem, 280
Fiabilidad interevaluadores
- de la escala de Evaluación del Funcionamiento Global, 170
- definiciones de enfermedad y, 4

Fiabilidad prueba-reprueba, de WHODAS II, 160, 162c, 168
Fiabilidad, de medidas de espectro, 37, Véase también *Fiabilidad interevaluadores; Fiabilidad prueba-reprueba*
Fobia, Véase también *Fobia social; Fobias específicas*
- afroamericanos y tasas de, 260
- edad de comienzo de encuesta transnacional, 225

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

Fobia social, Véase también *Fobias*
- comorbilidad y, 49
- diagnóstico umbral y pronóstico de, 44c
- evaluación de discapacidad y, 166c, 209
- género y, 275
- marco de la grilla de ansiedad para la evaluación dimensional de, 115c
- perspectivas evolutivas sobre, 294
- variables dimensionales y, 128c

Fobias específicas, Véase también *Fobias*
- diagnóstico umbral y pronóstico de, 123c
- marco de la grilla de ansiedad para la evaluación dimensional de, 115c

Formulario Breve (SF-36) de la Encuesta de Salud, 161, 205c, 208
Francia
- Encuesta Mundial de Salud Mental y, 223, 226c, 230, 232c, 235, 236c
- organizaciones para familias de individuos con enfermedad mental, 68

Funcionamiento diferencial para el ítem (DIF) y aspectos basados en el género en el diagnóstico, 280
Funcionamiento diferencial para el ítem (FDI) y aspectos basados en el género en el diagnóstico, 280, 281c
Funcionamiento psicosocial y evaluación de la discapacidad global, 159
Funcionamiento social, y tasas de recuperación de síntomas del DSM, 142

G

Género
- contexto histórico de cuestiones de, en el *DSM*, 274
- creación de conjuntos de criterios y, 277
- depresión mayor en niños, 294
- DSM-5 y cuestiones relacionadas con, 275
- efectos de la raza, el origen étnico y la inmigración en el trastorno depresivo mayor y, 262, 267c
- uso del término, 273

Genética, papel en el diagnóstico y en la elaboración del DSM-5, 8
Gente Sana 2010, 256
Gravedad, Véase también *Discapacidad*
- criterios sintomáticos operacionalizados del sistema DSM y, 144
- escala de tres puntos para trastornos por consumo de sustancias y, 81
- evaluación en estudios transnacionales, 220, 236c
- variables relacionadas con el sexo de, 279c
- ventajas del enfoque dimensional y, 76

Grupo de Estudio de Espectros, 11, 11c
Grupo de estudio de transcultura y género, 283
Grupo Internacional de Esquizofrenia de Comienzo Tardío, 316
Grupo de Trabajo sobre Niños y Adolescentes, 307
Grupo de Trabajo sobre Trastornos Neurocognitivos, 319
Guze, Samuel B, 4

H

Hándicaps e instrumentos de calidad de vida relacionada con la salud, 201
Herramientas electrónicas para la recolección de datos clínicos, 84
Hipertensión, 5
Hipoacusia adquirida, 164c, 167c
Hipomanía, 45
Hipótesis de "enfermedad común-variante común", 9
Hispanoamericanos, Véase *Latinoamericanos*
HIV/sida
- influencia de los sistemas de clasificación en la asignación de recursos para, 63
- trastornos mentales relacionados con HIV en la CIE-10 y, 67
- validez concurrente de WHODAS II y, 163c

Homosexualidad y sistemas de clasificación de trastornos mentales, 59
Hospitalización y variables dimensionales, 121, 126c, 130

I

Identidad de la psiquiatría, 60
Ignorancia acerca de la patogenia de los trastornos mentales, 58
Imagen de la psiquiatría, 64
Impulsividad y rasgos de personalidad, 101, 103c
India y encuestas transnacionales de discapacidad, 184, 185c, 188
Informe del espectro miedo agorafobia por el propio individuo, 35
Informes del propio individuo y evaluación de discapacidad, 157
conductual, y perspectivas evolutivas sobre los trastornos de ansiedad, 295

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

Instrumento de detección sistemática en la comunidad para demencia (CSID), 186
Instrumento de Evaluación de la Organización Mundial de la Salud para Sistemas de Salud Mental, 248
Instrumentos de detección sistemática y estudios de investigación, 117
Introversión y prototipos de personalidad, 92
Inventario de depresión de Beck, 116
Investigación, Véase también *Estudios transnacionales*
- medición del cambio de discapacidad entre enfermedades y, 199
- sobre patogenia de los trastornos mentales, 66
- ventajas de la taxonomía dimensional para, 76
Investigación psicométrica y WHODAS II, 182
Irresponsabilidad y prototipos de personalidad, 92
Israel y Encuesta Mundial de Salud Mental, 224, 226c, 234c, 236c
Italia y Encuesta Mundial de Salud Mental, 224, 226c, 229, 232c, 235, 236c

J

Japón
- Encuesta Mundial de Salud Mental y, 223, 226c, 231, 233c
- términos para esquizofrenia en, 68

K

Kraepelin, Emil, 8

L

Latinoamericanos y trastorno depresivo mayor, 262, 263c, 265, 267c
Lewis, Sir Aubrey, 65
Líbano y Encuesta Mundial de Salud Mental, 224, 226c
Limitaciones de actividad y deterioro funcional, 146, 155c
Lista de verificación de conducta infantil, 86
Lista de verificación de síntomas-90 (SCL-90), 118, 126, 126c

M

Manía, 44c, 45
Manipulación y rasgos de personalidad, 103c
Media de respuesta estandarizada y medidas de discapacidad, 202
México
- Encuesta Mundial de Salud Mental y, 223, 226c, 231, 232c, 234c, 236c
- encuestas transnacionales de discapacidad en, 184, 185c
Miedo y modelos tridimensionales de TAG y TDM, 20
Modelado de mezcla y dimensiones de la personalidad, 93
Modelo estructural bifactorial de depresión en contexto médico general, 27c, 28
Modelo de psicosis degenerativa, 318
Modelos tridimensionales de TAG y TDM, 21
Modificador posparto para trastorno depresivo mayor, 275
Mortalidad y trastornos cerebrovasculares, 62

N

National Center for Vital and Health Statistics, 146
National Institute of Mental Health (Instituto Nacional de Salud Mental), 37
National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 147
National Institute on Drug Abuse (Instituto Nacional de Abuso de Drogas), 147
National Institutes of Health (NIH) (Institutos Nacionales de Salud), 147
Neumonía neumocócica, 5
Neurastenia, 20
Nigeria y Encuesta Mundial de Salud Mental, 224, 226c, 230, 232c, 235, 236c
Niños, y trastornos de ansiedad pediátricos, 289, Véase también *Grupo de Trabajo sobre Niños y Adolescentes; Desarrollo*
Nivel socioeconómico de los afroamericanos, 260
Nueva Zelanda y Encuesta Mundial de Salud Mental, 224, 226c, 230, 233c

O

Organización Mundial de la Salud, Véase también *CIE-10; Clasificación Internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud (CIF); Esquema de evaluación de discapacidad II de la Organización Mundial de la Salud*

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

- conceptualización de trastorno y funcionamiento, 145
- estudio sobre tasas de comorbilidad entre TAG y TDM, 18
- iniciativa de Encuesta Mundial de Salud Mental de, 83
- *Proyecto Atlas* de, 248
Organizaciones y estigmatización de personas con enfermedad mental, 68

P

Pacientes en rehabilitación y evaluación de discapacidad, 164c, 208
Países Bajos
- Encuesta Mundial de Salud Mental y, 223, 226c, 230, 232c
- estudio de depresión en etapas tardías de la vida en, 314
Paquete de software MCLUST (Versión 3), 95c
Paquete de software Stata 101, 121
Paradigma de estrés existencial y minorías raciales/étnicas, 261
Patogenia de los trastornos mentales, Véase también *Psicopatología*
- ignorancia acerca de, 58
- investigación sobre, 66
Peculiaridad/rareza y prototipos de personalidad, 92
Percepciones excéntricas y rasgos de personalidad, 101, 103c
Persistencia y variables, 121
Personalidad
- agrupación basada en modelos y dimensiones de, 101
- continuidad de los síntomas psiquiátricos con variaciones normales de, 138
- eje II y relevancia clínica de, 91
- modelos dimensionales y configuración de rasgos, 92
Personalidad y Grupo de Trabajo sobre Trastornos de la Personalidad, 92
Perú y encuestas transnacionales de discapacidad, 184, 185c
Política y abuso de psiquiatría, 70
Presentación clínica y perspectivas evolutivas, 290
Prevalencia, Véase también *Datos epidemiológicos*
- de TAG, TDM y TAG-TDM concomitantes, 19c
- de trastorno depresivo mayor por grupo racial/étnico, sexo y estado de inmigración, 262, 267c
- de trastornos mentales durante la vida en encuesta transnacional, 224, 226c, 231, 236c
- efecto de la definición de categorías en la estimación de, 63
- estimaciones de, en las Encuestas Área de Captación Epidemiológica y Nacional de Comorbilidad, 139
Pródromo de esquizofrenia, 301
Proyecto de Espectros, 33
Psicopatología, Véase también *Patogenia*
- perspectivas evolutivas en, 292
- Proyecto de Espectros y conceptualización de, 34
Psicosis y edad de comienzo, 317, Véase también *Trastornos psicóticos; Psicosis similar a esquizofrenia de comienzo muy tardío*
Psicosis similar a esquizofrenia de comienzo muy tardío, 316
Psiquiatría de consulta, 65
Psiquiatría de enlace, 65
Psiquiatría, influencia de los sistemas de clasificación en la imagen e identidad de, 60
Puntuación de cadera de Harris, 200, 204c

R

Raza e influencia del origen étnico y el estado de inmigración en el trastorno depresivo mayor, 255
Recuentos de síntomas como método de cuantificar la gravedad, 144
Recursos económicos
- gasto en salud de los países de la iniciativa de Encuesta Mundial de Salud Mental, 239c
- influencia de los sistemas de clasificación en los servicios de salud mental, 62
Reil, Johannes, 61
Rentabilidad de las intervenciones de salud mental, 211, Véase también *Recursos económicos*
Réplica de la Encuesta Nacional de Comorbilidad (NCS-R), 42
República Dominicana y encuestas transnacionales de discapacidad, 184, 185c
Restricciones de participación y concepto de deterioro funcional, 146, 155c
Retinitis pigmentaria, 9
Robins, E, 4

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

S

Salud pública y clasificación de enfermedades, 56
Servicios de salud e investigación sobre determinación de discapacidad en enfermedades, 199, Véase también *Contextos médicos generales; Hospitalización; Servicios de salud mental*
Servicios de salud mental, Véase también *Servicios de salud; Tratamiento*
- influencia de los sistemas de clasificación en, 60
- medidas de discapacidad y rentabilidad de, 211
- minorías étnicas y subutilización de, 259
- uso en encuesta transnacional, 231, 240c

Sesgo de selección y cuestiones relacionadas con el género, 276
Sífilis, 61
Significación clínica
- criterio en el DSM-IV, 141
- estimaciones de prevalencia y, 139
- uso del término en los criterios de trastornos del DSM-III, 138

"Síndrome de fatiga posviral", 67
Síntoma(s), Véase también *Duración; Síntomas psicológicos; Síntomas subsindrómicos; Recuentos de síntomas*
Síntomas psicológicos y modelos tridimensionales de TAG y TDM, 21
Síntomas somáticos y modelos multidimensionales de TAG y TDM, 21
Síntomas subsindrómicos y deterioro funcional en adultos mayores, 307
Sistema AMDP (Association for Methodology and Documentation in Psychiatry), 117
Sistema de información sobre determinación de resultados comunicados por el paciente, 315
Solicitud de ayuda, encuesta transnacional sobre ausencia y demora en, 225
Stengel, E, 65
Subtipos
- de trastornos de ansiedad, 122
- trastornos relacionados con la edad y, 297

Sudáfrica y Encuesta Mundial de Salud Mental, 224, 226c, 231, 232c, 234, 234c, 236c
Suecia y varianza de las puntuaciones de la Evaluación de Funcionamiento Global, 171
Sucidio e ideación suicida
- espectro del estado de ánimo
- - psicopatología en pacientes con esquizofrenia y, 42
- sistema de clasificación en la CIE-10 y, 67
- variables dimensionales y, 120, 126c, 130

T

Tamaño del efecto antes-después, del WHODAS II, 161
Tamaños del efecto y estudios sobre la medición de discapacidad, 161, 166c, 202
Temperamento negativo y rasgos de personalidad, 101, 103c
Temperamento positivo y rasgos de personalidad, 101, 103c
Temple University, 316
Teoría de respuesta al ítem (TRI)
- definición de escalas dimensionales y, 82
- enfoque de espectros y, 45
- enfoques dimensionales del TAG y el TDM, 23
- medidas de discapacidad y, 187
- sesgo por género de los criterios diagnósticos y, 278

Trastorno de angustia (*panic disorder*)
- comorbilidad y, 49
- diagnóstico umbral y pronóstico de, 44c, 121, 123c
- dominio de espectro de, 35
- edad de comienzo en encuesta transnacional, 225
- escala de Evaluación del Funcionamiento Global y, 171
- evaluación de discapacidad y, 166c
- marco de la grilla de ansiedad para la evaluación dimensional de, 115c
- modelo tridimensional de, 21
- subtipos de trastorno de ansiedad y, 124
- variables dimensionales y, 125, 128c

Trastorno de ansiedad generalizada (TAG)
- diagnóstico umbral y pronóstico de, 121, 123c
- edad de comienzo en encuesta transnacional, 225
- edad y manifestaciones asociadas en el DSM-IV, 300
- marco de la grilla de ansiedad para la evaluación dimensional de, 115c
- modelos tridimensionales de, 21

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

- tasa de comorbilidad con trastorno depresivo mayor, 18, 19c
- valor predictivo de las variables de, 124, 128c, 130
- ventajas del enfoque dimensional de, 30
Trastorno de ansiedad de separación
- edad de comienzo de, 224
- marco de la grilla de ansiedad para, 115c
- perspectiva evolutiva sobre, 293
- subtipo relacionado con la edad de, 299
Trastorno bipolar
- enfoque de espectros de, 38, 43, 46c
- estudios familiares de, 8
Trastorno de conducta
- cuestiones de género en el diagnóstico de, 277
- edad de comienzo de, 224
- subtipos relacionados con la edad de, 299
Trastorno por déficit de atención/hiperactividad
- edad de comienzo de, 224
- índice de género en el diagnóstico de, 276
- manifestaciones relacionadas con la edad, 296
Trastorno depresivo mayor
- diagnóstico umbral y pronóstico de, 121, 123c
- efectos de la raza, el origen étnico, la cultura y la inmigración en el diagnóstico de, 261
- género y riesgo en niños y adolescentes, 294
- modelos tridimensionales de, 21
- problemas con el diagnóstico en contextos médicos generales, 138
- tasa de comorbilidad con trastorno de ansiedad generalizada, 18, 19c
- valor predictivo de las medidas dimensionales para, 124, 128c
- ventajas del enfoque dimensional de, 30
Trastorno disfórico de la fase luteínica tardía, 274
Trastorno disfórico premenstrual, 67
Trastorno de erección masculina, 277
Trastorno esquizoafectivo, 7
Trastorno por estrés agudo, 115c
Trastorno por estrés postraumático (TEPT)
- criterio de significación clínica y prevalencia de, 141
- edad de comienzo en encuesta transnacional, 225
- escala de Evaluación del Funcionamiento Global y, 171
- marco de la grilla de ansiedad para la evaluación dimensional de, 115c
- modelos tridimensionales de, 21
- niños y, 290
- sesgo de género en el conjunto de criterios para, 278
- subtipo relacionado con la edad de, 299
Trastorno explosivo intermitente, 224
Trastorno hiperansioso, 296
Trastorno de identidad sexual de la infancia, 274
Trastorno de integración del pensamiento, 68
Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC)
- comorbilidad y, 49
- concepto de, como espectro, 13c
- dominio de espectros para, 37
- marco de la grilla de ansiedad para la evaluación dimensional de, 115c
- modelos tridimensionales de, 21
- niños y, 290
- subtipo relacionado con la edad de, 299
- umbral para clínicamente significativo, 44c
Trastorno por oposición desafiante, 224
Trastorno de la personalidad esquizotípica, 11
Trastorno de somatización, 277
Trastorno, uso del término, 57
Trastornos adictivos, 13c
Trastornos de ansiedad, Véase también *Trastorno de ansiedad generalizada*
- concepto de espectro, 13c
- dimensiones supraordinales de, 113
- edad de comienzo en encuesta transnacional de, 225
- marco de la grilla de ansiedad para, 115c
- perspectivas evolutivas, en el DSM-5, 289
- prevalencia en encuesta transnacional de, 224, 226c
- subtipos diagnósticos de, 124
- umbral diagnóstico y pronóstico de, 121, 123c
- valor predictivo de las variables de, 124
- ventajas para el paciente de discriminar entre síntomas de depresión y, 20
Trastornos cerebrovasculares, 62
Trastornos por consumo de alcohol, Véase también *Trastornos por consumo de sustancias*
- distinción entre abuso y dependencia en la taxonomía de, 77

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

Trastornos por consumo de alcohol, Véase también *Trastornos por consumo de sustancias (Cont.)*
- modelos tridimensionales de TAG y. TDM, 20

Trastornos por consumo de sustancias, Véase también *Trastornos por consumo de alcohol*
- dominio de espectro para, 35
- edad de comienzo de encuesta transnacional, 225
- en adultos mayores, 309
- escala de Evaluación del Funcionamiento Global y, 171
- escala de tres puntos para, 81
- prevalencia en encuesta transnacional, 224, 227c, 230, 232c
- umbral para clínicamente significativo, 44c

Trastornos de control de los impulsos e iniciativa de Encuesta Mundial de Salud Mental, 224, 227c, 231, 232c
Trastornos disociativos, 274
Trastornos del estado de ánimo, Véase también *Depresión*
- enfoque de espectros de, 13c, 34, 50c
- prevalencia en encuesta transnacional, 224, 226c

Trastornos de personalidad
- conceptualización categorial en ediciones previas del DSM, 91
- escala de Evaluación del Funcionamiento Global y, 171
- rasgos de personalidad y sistemas de clasificación para, 92

Trastornos psicosexuales, 274
Trastornos psicóticos, Véase también *Psicosis; Esquizofrenia*
- dominio de espectro de, 35
- evaluación de discapacidad y, 162
- umbral para clínicamente significativo, 44c

Trastornos sexuales y cuestiones de género en el DSM, 275
Trastornos somatomorfos, 22
Trastornos subumbral, 42, Véase también *Umbrales*
Trastornos del sueño, 5
Tratamiento, Véase también *Tratamiento de seguimiento; Solicitud de ayuda; Hospitalización; Servicios de Salud Mental*
- estudios clínicos sobre eficacia de, 116
- evaluación de la adecuación en estudios transnacionales, 221, 244c

Tratamientos de seguimiento y Encuesta Mundial de Salud Mental, 242c
Trauma y evaluación de discapacidad, 166c

U

Ucrania y Encuesta Mundial de Salud Mental, 224, 232c
Umbrales, Véase también *Trastornos subumbral*
- enfoque de espectros y contexto de en estudios clínicos, 43, 44c
- variables dimensionales para trastornos de ansiedad y, 122, 123c, 138

Unión Soviética y uso de la psiquiatría con fines políticos, 70
Universidad de Pisa, 42
Universidad de Pittsburgh, 42
Utilidad clínica de medidas de espectros, 37

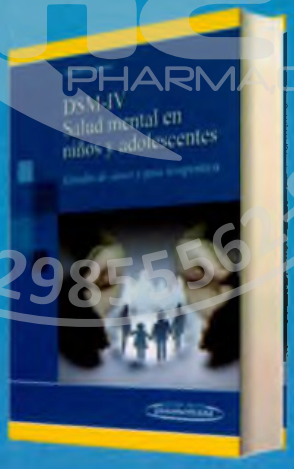
V

Validadores externos, propuesta del Grupo de Estudio de Espectros para el DSM-5, 11, 12c
Validez
- de la escala de Evaluación del Funcionamiento Global, 170
- de medidas de espectro, 35

Validez concurrente, del WHODAS II, 160, 163c, 168
Valoraciones clínicas y evaluación de discapacidad, 165
Venezuela y encuestas transnacionales de discapacidad, 184, 185c
Vida
- depresión y, 314
- enfoque propuesto en el DSM-5, 311
- esquizofrenia y, 316

MATERIAL CIENTIFICO
SNC PHARMA, C.A.
Rif: J-29855562-9

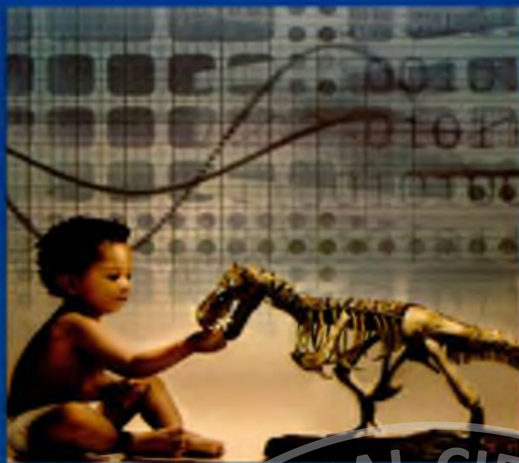
Goldberg / Kendler / Sirovatka / Regier
Temas de investigación DSM-V
Depresión y trastornos
de ansiedad generalizada
360 páginas / Rústica / 17 x 24 / 2011



Galanter / Jensen
DSM-IV Salud mental en niños
y adolescentes
Estudio de casos y guia terapéutica
552 páginas / Rústica / 15 x 22 / 2011

MATERIAL CIENTIFICO
SDC PHARMA C.A.
Rif: J-29855619-9

Regier • Narrow • Kuhl • Kupfer



DSM-5

Evolución conceptual

MATERIAL CIENTIFICO
Rif: J-29855562-9

Los notables avances en la investigación y los cambios producidos en la práctica clínica durante los últimos años evidenciaron la necesidad de actualizar la clasificación vigente de los trastornos psiquiátricos. En vista de ello, DSM-5. *Evolución conceptual* presenta un adelanto de los principales temas tratados en los distintos grupos de investigación, que conformarán la base del futuro DSM-5. Entre los que se destacan:

- Incorporación de parámetros dimensionales simples para evaluar -dentro de categorías diagnósticas amplias y dimensiones supraordinales- síndromes que atraviesan los límites diagnósticos actuales.
- Identificación de criterios potenciales útiles para investigar la validez de los diagnósticos junto con la actualización de los parámetros de clasificación existentes.
- Revisión de los instrumentos de medición y evaluación diagnóstica en todas las áreas.
- Reconocimiento de las distintas expresiones de los trastornos mentales relacionadas con el sexo y las características culturales.
- Incorporación de las variaciones del desarrollo en la expresión de los trastornos mentales a lo largo de la vida.
- Elaboración de estrategias globales de evaluación del deterioro funcional para determinar su significación clínica y la discapacidad.
- Énfasis en obtener una mejor conexión entre los enfoques médicos generales y aquellos particulares de los trastornos mentales.

Dirigido a psiquiatras y psicólogos, tanto en ejercicio como en formación, y en especial a quienes se dedican al ámbito de la investigación, DSM-5. *Evolución conceptual* será un libro clave para comprender el riguroso proceso analítico y experimental destinado a preparar los diversos temas que abarcará la quinta revisión del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-5).

ISBN 978-84-9835-453-9

9 788498 354539

EDITORIAL MEDICA panamericana