

World Psychiatry

Edición en Español

REVISTA OFICIAL DE LA ASOCIACIÓN MUNDIAL DE PSIQUIATRÍA (WPA)

Volumen 7, Número 1



Abril 2009

EDITORIAL

La asistencia sanitaria física en personas con enfermedades mentales graves: una prioridad de salud pública y ética
M. MAJ

1

ARTÍCULOS ESPECIALES

Aumento de la investigación y el tratamiento de los trastornos mentales con conceptos dimensionales: hacia el DSM-V y la ICD-11
R.F. KRUEGER, S. BEZDJIAN

3

Problemas relacionales y el DSM: mejoras necesarias y soluciones recomendadas
R.E. HEYMAN, A.M.S. SLEP, S.R.H. BEACH, M.Z. WAMBOLDT, N.J. KASLOW, D. REISS

7

Síndrome metabólico en personas con esquizofrenia: una revisión
M. DE HERT, V. SCHREURS, D. VANCAMPFORT, R. VAN WINKEL

15

FORUM: ¿QUÉ ESTAMOS APRENDIENDO DE LOS ESTUDIOS PRAGMÁTICOS SOBRE LOS FÁRMACOS PSICOACTIVOS?

La efectividad como medida de resultado para los ensayos terapéuticos en psiquiatría
W.W. FLEISCHACKER, G.M. GOODWIN

23

Comentarios

Diseño de estudios clínicos: lo que es adecuado para un fin es inadecuado para otro
J.R. GEDDES

28

Mucho ruido sobre pequeñas diferencias
J.P. MCEVOY

29

El lado positivo de los ensayos de efectividad recientes
A.F. SCHATZBERG

31

¿Los estudios sobre antipsicóticos en «el mundo real» nos indican la verdad real?
H.-J. MÖLLER

32

La búsqueda de una base de evidencia significativa en psiquiatría
R. EMSLEY, S. HAWKRIDGE

33

La utilidad de los ensayos de eficacia y efectividad
A.J. RUSH

34

Funcionamiento social y calidad de vida como criterios de efectividad en el tratamiento de la esquizofrenia
J.S. KWON, J.-S. CHOI

35

ARTÍCULOS DE INVESTIGACIÓN

Migraña en adolescentes mexicanos con trastornos afectivos
S.C. DILSAVER, F. BENAZZI, K.J. OEDEGAARD, O.B. FASMER, K.K. AKISKAL, H.S. AKISKAL

37

Indexación de revistas psiquiátricas de países de ingresos bajos y medianos: una encuesta y un estudio de caso
C. KIELING, H. HERRMAN, V. PATEL, J.J. MARI

40

POLÍTICAS DE SALUD MENTAL

Normatividad en salud mental para la notificación del abuso sexual de menores y relaciones sexuales médico-paciente
D.E. STEWART, E. VENOS, I.J. ASHRAF

45

Atención a la salud mental de la población en la región de Asia y el Pacífico: empleo de los modelos actuales de mejores procedimientos para moldear la normatividad futura
C. NG, H. HERRMAN, E. CHIU, B. SINGH

49

INFORMES DE SECCIÓN DE LA WPA

Corporeidad y esquizofrenia
G. STANGHELLINI

56

CARTA AL EDITOR

60

NOTICIAS DE LA WPA

Asamblea General de la WPA en Praga y la nueva dirección de la WPA

62

Congreso Internacional de la WPA "Tratamientos en Psiquiatría: una Nueva Actualización" (Florencia, 1-4 de abril de 2009)

62

World Psychiatry

Edición en Español

REVISTA OFICIAL DE LA ASOCIACIÓN MUNDIAL DE PSIQUIATRÍA (WPA)

Volumen 7, Número 1



Abril 2009

Traducción íntegra de la Edición Original

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

EDICIÓN ORIGINAL

Editor: M. Maj (Italy)

Associate Editor: H. Herrman (Australia)

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

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

EDICIÓN EN ESPAÑOL

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

Periodicidad: 3 números al año

Disponible en Internet: www.ArsXXI.com/WP

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

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

 **Ars Medica**

Barcelona · Madrid · Buenos Aires · México D.F. · Milán

Bolivia · Brasil · Chile · Colombia · Costa Rica · Ecuador · El Salvador · Estados Unidos · Guatemala · Honduras
Nicaragua · Panamá · Paraguay · Perú · Portugal · Puerto Rico · República Dominicana · Uruguay · Venezuela

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

Muntaner, 262, Ático 2ª • 08008 Barcelona • Tel. (34) 932 721 750 • Fax (34) 932 722 902

Complejo Empresarial Ática. Avda. de Europa 26, Edif.5 3ª pl. • 28224 Pozuelo de Alarcón, Madrid • Tel. (34) 911 845 430 • Fax (34) 911 845 461

© Copyright World Psychiatric Association

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

Publicación que cumple los requisitos de soporte válido

ISSN: 1697-0683

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

Depósito Legal: B-34,071-2003

Impreso en México

Reservados todos los derechos.

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

Traducido por Grupo Ars XXI de Comunicación, S. L., del original en lengua inglesa (Volumen 8, Número 1, 2009). La responsabilidad de la traducción recae sólo en Grupo Ars XXI de Comunicación, S. L., y no es responsabilidad de la World Psychiatric Association (WPA).

Translated by Grupo Ars XXI de Comunicación, S. L., from the original English language version (Volume 8, Number 1, 2009). Responsibility for the accuracy of the Spanish language rests solely with Grupo Ars XXI de Comunicación, S. L., and is not the responsibility of the World Psychiatric Association (WPA).

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

World Psychiatry está indexada en PubMed, Current Contents/Medicina Clínica, Current Contents/Ciencias Sociales y del Comportamiento y Science Citation Index.

LOPD: Informamos a los lectores que, según la ley 15/1999 de 13 de diciembre, sus datos personales forman parte de la base de datos de Grupo Ars XXI de Comunicación, S. L. Si desea realizar cualquier rectificación o cancelación de los mismos, deberá enviar una solicitud por escrito a: Grupo Ars XXI de Comunicación, S. L. Muntaner, 262, Ático 2º 08008 Barcelona.

Aumento de la investigación y el tratamiento de los trastornos mentales con conceptos dimensionales: hacia el DSM-V y la ICD-II

ROBERT F. KRUEGER, SERENA BEZDJIAN

Departments of Psychology and Psychiatry, Washington University in St. Louis, Campus Box 1125, St. Louis, MO 63130-4899, USA

Las versiones actuales del DSM (DSM-IV-TR) y la ICD (ICD-10) describen todos los trastornos mentales como conceptos categóricos-politéticos. Se presentan listas de síntomas y se asignan nombres de categorías diagnósticas a los pacientes basándose en la observación de pautas específicas de síntomas. Al utilizar este sistema estricto de categorías en la investigación y en la clínica surge una serie de problemas conceptuales notables. Cuando se utilizan las entrevistas diagnósticas estructuradas meticulosas, los pacientes típicos cumplen los criterios para más de un diagnóstico específico (un fenómeno denominado «comorbilidad»). Además, grupos de pacientes con la misma designación categórica putativa suelen ser heterogéneos con respecto a las manifestaciones clínicas clave, como la gravedad y el pronóstico, y los pacientes con síntomas por debajo de los umbrales diagnósticos a menudo presentan alteraciones significativas. Aunque los conceptos categóricos siempre serán esenciales en las nosologías oficiales (p. ej., para proporcionar designaciones diagnósticas con fines de reembolso), muchos de los problemas conceptuales de un sistema diagnóstico por categorías estrictas pueden superarse si se aumentan las nosologías oficiales con conceptos dimensionales. Se analizan en el presente artículo los enfoques dimensionales específicos y las orientaciones que pueden considerarse para las actualizaciones futuras tanto del DSM como de la ICD.

Palabras clave: Diagnóstico, clasificación, dimensión, categoría, nosología.

Tanto en el DCM como en la ICD, todos los trastornos mentales son conceptos *politéticos-categóricos*.

El calificativo *politético* alude al hecho de que trastornos mentales específicos son definidos por múltiples síntomas y no todos los síntomas enumerados son necesarios para considerar que exista un trastorno mental en un determinado individuo. Más bien, debe observarse una combinación específica y una serie de síntomas –menos que el número total de síntomas del trastorno– para considerar un diagnóstico.

El calificativo *categorico* alude al hecho de que todos los trastornos mentales considerados en el DCM y la ICD son conceptos binarios, «esto o lo otro». Se considera que los individuos tienen algún trastorno cuando presentan la combinación y el número de síntomas correctos y no así cuando no existen otros síntomas en la combinación y número correctos. No hay excepciones ni se permiten graduaciones de presentación frente a no presentación.

Cada uno de los trastornos mentales enunciados en el DCM y la ICD se conceptúa como *politético* y *categorico*.

LIMITACIONES DE UN MODELO DE TRASTORNOS MENTALES ESTRICTAMENTE POLITÉTICO-CATEGÓRICO

Surge una serie de problemas notables al conceptuar los trastornos mentales como estrictamente *politéticos* y *categoricos*, tanto en el contexto de la investigación como el ejercicio clínico. Considérense tres problemas conceptuales que fastidiarían tanto al diseño del estudio de investigación como a la conceptualización de los casos clínicos: *comorbilidad*, *heterogeneidad intracategorica* y la validez de los síntomas subumbral.

Comorbilidad

Cuando se utilizan entrevistas diagnósticas estructuradas meticulosas en la valoración, los pacientes típicos cumplen con los criterios para más de un diagnóstico específico (2-5). A este fenómeno suele denominarse «comorbilidad» (6). Aunque la *comorbilidad* es el concepto típico aplicado a este fenómeno, es un poco erróneo. «Co» por lo general se refiere a dos cosas, pero «polimorbilidad» puede tener una mayor prevalencia y, por tanto, sería un término más exacto (7).

La terminología que se utiliza para describir este fenómeno de «*polipresentación amplia* de trastornos mentales putativamente distintos» es importante por cuanto el fenómeno es un dato empírico esencial sobre lo que ocurre cuando se trata de trabajar con conceptos de trastornos mentales del DSM. A menudo se observa «*polimorbilidad*» y es un potente pronosticador de la gravedad clínica global (8). Sin embargo, muchos trastornos putativamente distintos tienen factores etiológicos en común. Algunos ejemplos clave son los factores genéticos solapados que contribuyen al episodio depresivo mayor y al trastorno por ansiedad generalizada (9, 10) al igual que al trastorno por personalidad antisocial y drogodependencia (11, 12). Estos datos ponen en tela de juicio la conceptualización de los trastornos mentales fomentada por el DSM como categorías completamente distintivas entre sí. Los datos indican una falta de límites *categoricos* que separen los trastornos, lo que indica más bien que las manifestaciones de los trastornos se fusionan entre sí de una manera no captada por el concepto de las categorías *politéticas*.

Heterogeneidad intracategoría

Otro problema difícil que surge cuando se trabaja con conceptos de los trastornos mentales de acuerdo con el DSM es la heterogeneidad intracategoría. Considérense los trastornos de la personalidad del DSM-IV-TR. Un paciente debe cumplir con los criterios de sólo cinco de los nueve síntomas para que se le establezca un diagnóstico de trastorno esquizotípico, límite o narcisista de la personalidad. En consecuencia, los individuos que cumplen con los criterios para estos trastornos podrían tener sólo un síntoma en común. El trastorno de personalidad obsesiva-compulsiva implica ocho síntomas y un umbral de cuatro síntomas para documentar un diagnóstico. En consecuencia, dos casos diferentes diagnosticados de trastorno de personalidad obsesiva-compulsiva podrían no tener síntomas en común. En suma, un enfoque estrictamente politético-categorico lleva a diversas categorías de diagnóstico y pronóstico en grupos de personas seleccionadas en virtud de que cumplen con los criterios de un trastorno mental específico.

Considérese también un ejemplo ilustrativo de la investigación que estamos realizando sobre los síntomas de los trastornos de la conducta definidos en el DSM (13). Observamos que 10 síntomas comunes al DSM-III-R y al DSM-IV tenían una estructura empírica consistente en dos dimensiones distinguibles, una que consta de conductas más agresivas y la otra que comprende más conductas infractoras de reglas (14). También presentamos pruebas de que estas dos dimensiones tenían causas distinguibles, en las que la infracción de reglas muestra una mayor contribución relativa del entorno familiar compartido, en tanto que la agresión muestra una mayor contribución relativa de factores genéticos. El DSM-IV reconoce subtipos de trastornos de la conducta basados únicamente en la edad de instauración y en la gravedad de los síntomas globales y conceptúa el trastorno de la conducta como una categoría politética que consta de 15 síntomas con un umbral de tres síntomas para un diagnóstico. El problema es que, con 15 síntomas y un umbral de tres, las personas con síntomas diversos se consideran representativas de la misma categoría diagnóstica, putativamente homogénea. Esta conceptualización es incompatible con los datos. Por ejemplo, la persona A podría tener tres síntomas de agresividad, la persona B podría tener tres síntomas de infracción de reglas y, aunque la evidencia indique diferencias potencialmente importantes entre estas dos personas en lo referente a la causa de su psicopatología, se considera que ambas tienen «el mismo diagnóstico».

Por último, considérese un ejemplo de la bibliografía sobre el tratamiento de la depresión. Thase y cols., llevaron a cabo un metaanálisis de seis estudios que incluyeron en total aproximadamente 600 pacientes externos deprimidos (15). A todos los sujetos se les diagnosticó un trastorno depresivo mayor basándose en los criterios del DSM-III y el DSM-III-R (16) y en promedio tenían 44 años de edad (31% varones) (15). Luego, se les estratificó en subgrupos de menor gravedad (una puntuación de ≤ 19 en la Escala de Hamilton para la Evaluación de la Depresión, HRSD (17)), y de mayor gravedad (una puntuación de ≥ 20 en la HRSD), y se les proporcionó psicoterapia interpersonal únicamente, o bien, psicoterapia interpersonal más antidepressivos (15). La combinación de psicoterapia interper-

sonal más antidepressivos fue significativamente mejor que la psicoterapia sola sólo en el subgrupo con depresión mayor más grave (15). Por consiguiente, en una muestra de pacientes con diagnóstico depresivo mayor, hay una variabilidad importante en la forma que responden al tratamiento.

En suma, los conceptos diagnósticos politéticos y categoricos del DSM muestran datos de una notable heterogeneidad intracategoría basada en los estudios empíricos. Resulta interesante que en el texto del DSM-IV (pág. xxii) se describan y se reconozcan las limitaciones de un enfoque categorico por lo que respecta al problema de heterogeneidad. El problema es que el DSM no describe estrategias o conceptos específicos para superar el problema de la heterogeneidad.

Validez de los síntomas subumbral

En un modelo politético-categorico, se considera irrelevante para el concepto diagnóstico el grado en el que una persona se encuentra por debajo o por encima del umbral para establecer un diagnóstico. Considérese por ejemplo un diagnóstico que consta de 10 síntomas, en el que el umbral se establece en cinco síntomas. En este sistema, los valores de 1-4 son convertidos en «ningún diagnóstico» o cero, en tanto que los valores de 5-10 son convertidos en «diagnóstico confirmado» o uno. Se presume que el alcance de los síntomas carece de importancia clínica o para la salud pública.

No obstante, las investigaciones indican que se pierde una información valiosa cuando se descarta la cercanía a un umbral a favor de conceptualizar los trastornos únicamente por lo que respecta a si se ha superado un umbral. Un ejemplo contundente se observa en la investigación del Estudio sobre Salud y Desarrollo de Christchurch, un estudio de una cohorte natal de personas de Christchurch, Nueva Zelanda, que fueron objeto de un seguimiento longitudinal (18). Fergusson y cols. (18) clasificaron en tres grupos a los participantes en la investigación de edades de 17 y 18, a saber: sintomáticos, subumbral (humor deprimido o pérdida del interés durante por lo menos dos semanas, o que no alcanzaron a tener el umbral de cinco o más síntomas para una depresión mayor en el DSM-IV) y depresión mayor (todos los criterios de depresión mayor satisfechos en los últimos 12 meses). El riesgo de depresión y de conductas suicidas en el seguimiento (21 a 25 años de edad) fue similar tanto para los grupos subumbral como para los de depresión mayor y los datos respaldaron la existencia de asociaciones continuas y lineales entre la depresión en la adolescencia tardía y los desenlaces adversos en los adultos jóvenes, por contraposición a los cambios bruscos en el riesgo a un umbral específico. En general, la depresión y otros trastornos mentales frecuentes (p. ej., dependencia de alcohol) no parecen caracterizarse empíricamente por umbrales bruscos (19-21); estos trastornos mentales se caracterizan mejor como fenómenos de carácter continuo.

AUMENTO DIMENSIONAL EN LA CONCEPTUACIÓN DE LOS TRASTORNOS MENTALES

Las futuras versiones del DSM probablemente continuarán modelándose, por lo menos en forma parcial, por los concep-

tos categóricos de los trastornos mentales. Tales conceptos son importantes para diversos fines prácticos, como el contar con nombres específicos que puedan utilizarse para facilitar los pagos por terceras partes. No obstante, en virtud de las limitaciones claras de un sistema diagnóstico exclusivamente categórico-politético, hay un sustancial interés en mejorar la siguiente edición del DSM (DSM-V) con conceptos dimensionales.

Teniendo en cuenta este interés, así como el apoyo del American Psychiatric Institute for Research and Education (APIRE, por sus siglas en inglés) y el US National Institutes of Health (NIH), organizamos una reunión para analizar las opciones dimensionales para el DSM-V (22, 23). En el presente artículo esbozamos algunas ideas que han surgido de tal reunión.

Algunas opciones dimensionales para nosologías oficiales

Los enfoques categóricos y dimensionales en los diagnósticos son decisivos tanto para los médicos como para los investigadores y el sistema de clasificación más eficaz tendría que ofrecer ambos (24). También resulta claro que las escalas dimensionales deben reflejar definiciones categóricas y que las dos deben tener una relación entre sí. Basándose en definiciones categóricas, hay diversas formas de crear medidas continuas, como número de síntomas, gravedad de los síntomas y grado de alteración de la enfermedad (dentro de las entidades diagnósticas) (24). Si se adoptan las opciones dimensionales para los diagnósticos categóricos, entonces efectivamente tendrían que crearse los enfoques dimensionales que son más apropiados a los diagnósticos definidos (24).

Esencialmente, determinados aspectos de cualquier trastorno específico deben conceptuarse y evaluarse por lo que respecta a su dimensionalidad. Considérese como ejemplo los trastornos por toxicomanía: puede crearse una definición categórica basada en definiciones categóricas previas, que establezca el umbral diagnóstico (25). La dimensionalidad podrá entonces iniciarse al nivel de los síntomas y cada síntoma sería calificado en (por lo menos) una escala de tres puntos (25). Los métodos estadísticos pueden utilizarse para identificar la puntuación dimensional que más se parece al umbral categórico (o diagnóstico) que originalmente se planteó. Esto lleva a una relación compatible y más clara entre las definiciones categóricas y dimensionales (25). Este método puede implementarse básicamente en casi todas o en todas las partes del DSM (p. ej., trastornos de personalidad, trastornos afectivos, psicosis y psicopatología del desarrollo).

La noción de un enfoque de corte transversal también se vuelve importante al examinar diferentes métodos de valoración dimensional. Por ejemplo, la necesidad de facilitar el diagnóstico diferencial constituye la base del agrupamiento de los trastornos por ansiedad en una sola sección del DSM. Sin embargo, los síntomas como ataques de pánico se presentan en trastornos por ansiedad y otros psiquiátricos (26). La evidencia indica que los episodios de pánico son un indicador fiable de una mayor gravedad de la enfermedad, una menor reactividad a los tratamientos y una mayor tendencia al suicidio (27, 28). Por consiguiente, el pánico debe considerarse como un síntoma de corte transversal que se define por separado y que abarca varios trastornos (29). La implementación de las dimensiones

de corte transversal puede ser más eficaz e informativa que los diagnósticos categóricos que se mantienen «artificialmente específicos de una dimensión» (30). Otro ejemplo en el que el enfoque dimensional de corte transversal puede ser una forma eficaz de conceptuar una enfermedad compleja es el de los niños que muestran síntomas concomitantes de trastornos putativamente distintos (p. ej., trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y trastorno por desafío opositor) (31). Un enfoque dimensional de corte transversal puede simplificar la conceptualización clínica de trastornos compuestos intrincados al considerar estos trastornos como elementos con una gama más amplia de trastornos interrelacionados.

Los trastornos en los niños y los adolescentes también resaltan la necesidad de considerar fuentes de varianza —que comprenden género, edad y desarrollo— las que por lo general se pasan por alto en la edición actual del DSM (31). Considérese por ejemplo el género sexual: un número de niños tres a siete veces mayor que de niñas cumple con los criterios diagnósticos del DSM para el TDAH. Hacia la adultez, la disparidad en el género resulta menos evidente (32). Un enfoque categórico que no considera las normas de género puede dificultar la comprensión de estas diferencias. Al utilizar un enfoque dimensional, se puede plantear un método sistemático para la selección de umbrales sensibles al género (31). La edad y el desarrollo también son fuentes de varianza que en la actualidad no toman en cuenta los criterios del DSM. La sensibilidad a las etapas del desarrollo y las diferencias individuales pueden ser más simples con un enfoque dimensional en vez de categórico que sólo define un solo umbral (33). Al implementar un sistema dimensional complementario, se puede valorar a los niños en escalas dimensionales que estén normalizadas basándose en género sexual, edad y etnia (33).

Por último, el DSM constantemente ha empleado un enfoque «de arriba abajo», según el cual los médicos consultan su propia experiencia y la bibliografía disponible para documentar un diagnóstico. Por lo contrario, los análisis empíricos suelen favorecer un enfoque «de abajo arriba». Una gran cantidad de datos sobre síntomas puede recopilarse de la población general para analizarlos estadísticamente y determinar qué síntomas se agrupan en síndromes o facetas (33). Por ejemplo, Krueger y cols. (34) analizan la ventaja de abarcar características centrales destructivas de la personalidad como parte del DSM-V reduciendo así el gran número de síntomas que se encuentran en los trastornos de la personalidad conforme al DSM-IV a una serie de facetas más manejable (34). Por consiguiente, un enfoque útil sería estructurar el DSM-V de una manera tal que permita la posibilidad de comparar métodos tanto de arriba abajo como de abajo arriba a fin de mejorar la validez diagnóstica del sistema (33).

CONCLUSIONES

El DSM-III representó un avance importante para los investigadores y médicos de todo el mundo interesados en la psicopatología. Se presentaron criterios observables en términos claros para múltiples conceptos categóricos y politéticos de los trastornos mentales. Esta claridad ha tenido beneficios en la investigación empírica de los trastornos mentales por cuanto proporcionó conceptos consensuales elegidos como objetivo. El

sistema conceptual planteado en el DSM-III básicamente se ha continuado, a través del DSM-IV, con cambios en criterios específicos pero sin ningún cambio en la conceptualización básica de los trastornos mentales. En consecuencia, se han acumulado datos y experiencias amplias en torno a las limitaciones inherentes a las categorías políticas. Resulta clara la necesidad de desarrollar nuestra conceptualización e ir más allá de un modelo estrictamente categórico y polítético de todos los trastornos mentales. El reto ahora radica en cómo lograr esta evolución, por lo que respecta a estrategias y métodos específicos que puedan implementarse en nosologías oficiales. Ésta no es una tarea trivial, sino decisiva para mantener la investigación y el tratamiento de los trastornos mentales con una base empírica sólida.

World Psychiatry 2009;8:3-6

Bibliografía

- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text revision). Washington: American Psychiatric Press, 2000.
- First MB. Mutually exclusive versus co-occurring diagnostic categories: the challenge of diagnostic comorbidity. *Psychopathology* 2005;38:206-10.
- Krueger RF, Markon KE. Reinterpreting comorbidity: a model-based approach to understanding and classifying psychopathology. *Annu Rev Clin Psychol* 2006;2:111-33.
- Lilienfeld SO, Waldman ID, Israel AC. A critical examination of the use of the term and concept of comorbidity in psychopathology research. *Clin Psychol Sci Pract* 1994;1:71-103.
- Maj M. 'Psychiatric comorbidity': an artefact of current diagnostic systems? *Br J Psychiatry* 2005;186:182-4.
- Feinstein AR. The pre-therapeutic classification of co-morbidity in chronic disease. *J Chron Dis* 1970;23:455-68.
- Batstra L, Bos EH, Neeleman J. Quantifying psychiatric comorbidity: lessons from chronic disease epidemiology. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2002;37:105-11.
- Angst J, Sellaro R, Merikangas KR. Multimorbidity of psychiatric disorders as an indicator of clinical severity. *Eur Arch Psychiatry Clin Psychology* 2002;252:147-54.
- Kendler KS. Major depression and generalised anxiety disorder: same genes, (partly) different environments – Revisited. *Br J Psychiatry* 1996;168:68-75.
- Middeldorp CM, Cath DC, Van Dyck R et al. The co-morbidity of anxiety and depression in the perspective of genetic epidemiology: a review of twin and family studies. *Psychol Med* 2005;35:611-24.
- Kendler KS, Prescott CA, Myers J et al. The structure of genetic and environmental risk factors for common psychiatric and substance abuse disorders in men and women. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60:929-37.
- Krueger RF, Hicks BM, Patrick CJ et al. Etiologic connections among substance dependence, antisocial behavior, and personality: modeling the externalizing spectrum. *J Abnorm Psychol* 2002;111:411-24.
- Tackett JL, Krueger RF, Iacono WG et al. Symptom-based subfactors of DSM-defined conduct disorder: evidence for etiologic distinctions. *J Abnorm Psychol* 2005;114:483-7.
- Achenbach TM, Rescorla LA. Manual for the ASEBA school age forms and profiles. Burlington Vermont: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families, 2001.
- Thase ME, Greenhouse JB, Frank E et al. Treatment of major depression with psychotherapy or psychotherapy-pharmacotherapy combinations. *Arch Gen Psychiatry* 1997;54:1009-15.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed., revised). Washington: American Psychiatric Press, 1987.
- Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1960;23:56-61.
- Fergusson DM, Horwood LJ, Ridder EM et al. Suicidal behavior in adolescence and subsequent mental health outcomes in young adulthood. *Psychol Med* 2005;35:983-93.
- Hasin DS, Liu X, Alderson D et al. DSM-IV alcohol dependence: a categorical or dimensional phenotype? *Psychol Med* 2006;36:1695-705.
- Kendler KS, Gardner CO, Prescott CA. Toward a comprehensive developmental model for major depression in men. *Am J Psychiatry* 2006;163:115-24.
- South SC, Krueger RF. Categorical and dimensional models of depression. Submitted for publication.
- Helzer JE, Kraemer HC, Krueger RF et al (eds). Dimensional approaches in diagnostic classification – Refining the research agenda for DSM-V. Virginia: American Psychiatric Association, 2008.
- Regier D. Dimensional approaches to psychiatric classification: refining the research agenda for DSM-V: an introduction. *Int J Meth Psychiatr Res* 2007;16:S1-5.
- Kraemer HC. DSM categories and dimensions in clinical and research contexts. In: Helzer JE, Kraemer HC, Krueger RF et al (eds). Dimensional approaches in diagnostic classification – Refining the research agenda for DSM-V. Virginia: American Psychiatric Association, 2008:5-17.
- Helzer JE, Buchholz KK, Gossop M. A dimensional option for the diagnosis of substance dependence in DSM-V. In: Helzer JE, Kraemer HC, Krueger RF et al (eds). Dimensional approaches in diagnostic classification – Refining the research agenda for DSM-V. Virginia: American Psychiatric Association, 2008:19-34.
- Goodwin RD, Lieb R, Hoffer M et al. Panic attack as a risk factor for severe psychopathology. *Am J Psychiatry* 2004;161:2207-14.
- Bittner A, Goodwin RD, Wittchen H-U et al. What characteristics of primary anxiety disorders predict subsequent major depressive disorder? *J Clin Psychiatry* 2004;65:618-26.
- Wittchen H-U, Lecrubier Y, Beesdo K et al. Relationships among anxiety disorders: patterns and implications. In: Nutt DJ, Ballenger JC (eds). *Anxiety disorders*. Oxford: Blackwell, 2003:25-37.
- Shear MK, Bjelland I, Beesdo K et al. Supplementary dimensional assessment in anxiety disorders. In: Helzer JE, Kraemer HC, Krueger RF et al (eds). Dimensional approaches in diagnostic classification – Refining the research agenda for DSM-V. Virginia: American Psychiatric Association, 2008:65-84.
- Allardyce J, Suppes T, van Os J. Dimensions and the psychosis phenotype. In: Helzer JE, Kraemer HC, Krueger RF et al (eds). Dimensional approaches in diagnostic classification – Refining the research agenda for DSM-V. Virginia: American Psychiatric Association, 2008:53-63.
- Hudziak JJ, Achenbach TM, Althoff RR et al. A dimensional approach to developmental psychopathology. In: Helzer JE, Kraemer HC, Krueger RF et al (eds). Dimensional approaches in diagnostic classification – Refining the research agenda for DSM-V. Virginia: American Psychiatric Association, 2008:101-13.
- Kessler RC, Adler L, Barkley R et al. The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psychiatry* 2006;163:716-23.
- Helzer JE, Wittchen H-U, Krueger RF et al. Dimensional options for DSM-V: the way forward. In: Helzer JE, Kraemer HC, Krueger RF et al (eds). Dimensional approaches in diagnostic classification – Refining the research agenda for DSM-V. Virginia: American Psychiatric Association, 2008:115-27.
- Krueger RF, Skodol AE, Livesley WJ et al. Synthesizing dimensional and categorical approaches to personality disorders. In: Helzer JE, Kraemer HC, Krueger RF et al (eds). Dimensional approaches in diagnostic classification – Refining the research agenda for DSM-V. Virginia: American Psychiatric Association, 2008:85-99.