

World Psychiatry

Edición en Español

REVISTA OFICIAL DE LA ASOCIACIÓN MUNDIAL DE PSIQUIATRÍA (WPA)

Volumen 6, Número 2



Septiembre 2008

EDITORIAL

Logros del WPA 2005-2008: consolidación institucional, impacto global y Psiquiatría orientada a la persona
J.E. MEZZICH 65

ARTÍCULOS ESPECIALES

Uso del *cannabis* y riesgo de desarrollar un trastorno psicótico
W. HALL, L. DEGENHARDT 68

Deterioro cognitivo leve: búsqueda de pródromos de la enfermedad de Alzheimer
P.B. ROSENBERG, C.G. LYKETSOS 72

Barreras en la mente: promoviendo un argumento económico para la salud mental en países de ingresos bajos y medios
D.M. MCDAID, M. KNAPP, S. RAJA 79

FORUM – ETAPAS, RETOS Y ERRORES QUE DEBEN EVITARSE EN LA IMPLANTACIÓN DE SERVICIOS COMUNITARIOS DE ATENCIÓN DE SALUD MENTAL

Pasos, retos y lecciones en el desarrollo de servicios comunitarios de atención de salud mental
G. THORNICROFT, M. TANSSELLA, A. LAW 87

Comentarios

La experiencia cuenta
R. ARAYA 93

Diferentes contextos, diferentes retos
R. WARNER 94

¿Por qué los servicios psiquiátricos están mejorando, pero tienen cada vez una peor imagen
B. SINGH, D. CASTLE 95

Bases de experiencia y contexto del sistema en la reforma de la atención de salud mental
T. BECKER, R. KILIAN 96

Las normas de la casa de la sidra
P. MUNK-JØRGENSEN 98

Un puente entre la experiencia y la evidencia en la reforma de la salud mental
L. SALVADOR-CARULLA 99

Concediendo una mirada fría, pero llena de esperanza
R. ROSENHECK 100

Retos a los que se enfrenta la creación de servicios comunitarios de atención de la salud mental en países en desarrollo
R.S. MURTHY, K. KUMAR 101

ARTÍCULOS DE INVESTIGACIÓN

Eficacia y especificidad de una intervención grupal escolar en niños y adolescentes expuestos a la guerra del Líbano
E.G. KARAM, J. FAYYAD, A. NASSER KARAM, C. CORDAHI TABET, N. MELHEM ET AL 103

Trastornos del estado de ánimo y trastornos por conducta perturbadora en hijos de pacientes con trastorno bipolar I
F. NESLIHAN INAL-EMIROGLU, A. OZERDEM, D.J. MIKLOWITZ, A. BAYKARA, A. AKAY 110

POLÍTICAS DE SALUD MENTAL

Raíces del concepto de salud mental
J.M. BERTOLOTE 113

Formación psiquiátrica en el Reino Unido: próximos pasos
D. BHUGRA 117

INFORME DE LAS SECCIONES DE LA WPA

Sinopsis del Programa de Formación de la WPA en Trastornos de la Personalidad
E. SIMONSEN, E. RONNINGSTAM, T. MILLON 119

NOTICIAS DE LA WPA

Congreso Internacional de la WPA: «Tratamientos en Psiquiatría: una Nueva Actualización» (Floencia, 1-4 de abril de 2009)
M. MAJ 126

Estudio e informe de las actividades de las secciones científicas de la WPA
M.R. JORGE 127

Primer Congreso de Psiquiatría en Europa del Este
G. CHRISTODOULOU 128

World Psychiatry

Edición en Español

REVISTA OFICIAL DE LA ASOCIACIÓN MUNDIAL DE PSIQUIATRÍA (WPA)

Volumen 6, Número 2



Septiembre 2008

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: J.E. Mezzich (USA), J. Cox (UK), S. Tyano (Israel), P. Ruiz (USA), A. Tasman (USA), M. Jorge (Brazil)

Advisory Board: H.S. Akiskal (USA), R.D. Alarcón (USA), S. Bloch (Australia), G. Christodoulou (Greece), H. Freeman (UK), M. Kastrup (Denmark), H. Katschnig (Austria), D. Lipsitt (USA), F. Lolas (Chile), J.J. López-Ibor (Spain), 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), J. Zohar (Israel)

EDICIÓN EN ESPAÑOL

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



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.

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

Arturo Soria 336, 2.ª pl. • 28033 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: Grafic-5, S. L. • Santiago Rusiñol 23 • 08031 Barcelona

Déposito Legal: B-34.071-2003

Impreso en España

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 7, Número 2, 2008). 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 7, Number 2, 2008). 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. Paseo de Gracia 84, 1.ª 08008 Barcelona.

Logros del WPA 2005-2008: consolidación institucional, impacto global y Psiquiatría orientada a la persona

JUAN E. MEZZICH

President, World Psychiatric Association

A mitades del último año del trienio 2005-2008, resulta útil reflejar los patrones emergentes de los logros institucionales. A estos efectos, es posible basarse en las evaluaciones en curso del actual Plan Estratégico de la WPA –Strategic Plan and Presidential Theme (Institutional Consolidation and Global Impact: Towards a Psychiatry for the Person)– divididas en dos campos principales de trabajo de la WPA.

DIRECCIÓN GENERAL

Los Governance Plans constituyen uno de los principales posicionamientos de la WPA para el trienio 2005-2008 (1). Estos lineamientos incorporan un Plan Estratégico aprobado por la Asamblea general en el Cairo y los planes de trabajo trienales preparados por cada uno de los miembros del Comité ejecutivo, los Representantes de zona y los presidentes de los Comités organizadores y Programas institucionales. Se han realizado evaluaciones anuales del cumplimiento de los Governance Plans.

El nombramiento de los Comités organizadores y los Comités operativos fue un ejercicio de dirección participativa, que implicó que se solicitara a todas las sociedades miembro el envío de propuestas. Como resultado, se nombraron colegas con amplia experiencia y nivel profesional, incluyendo, como nunca se había visto con anterioridad, más mujeres y representantes de las cuatro Regiones de la WPA.

Se completó la cuarta edición del Manual de Procedimientos (Manual of Procedures) (2), publicándola inmediatamente en *WPA Online*. El manual refleja las enmiendas de los Estatutos y del Reglamento interno aprobadas en la última Asamblea general, así como las experiencias operativas arduamente recopiladas, y constituye una importante herramienta para mejorar la eficacia y la transparencia institucional.

El Comité organizador de nominaciones, basándose en las recomendaciones de un grupo de trabajo *ad hoc*, elaboró directrices operativas mejoradas. El Comité también recomendó el establecimiento de una Comisión electoral independiente y está estudiando mecanismos para la votación electrónica. El Comité de planificación ha propuesto una serie de enmiendas innovadoras de los Estatutos y del Reglamento interno para ser consideradas por la Asamblea general, así como un intenso Plan de Acción para el siguiente trienio. El Comité de ética ha elaborado recomendaciones para mejorar nuestras directrices sobre temas acuciantes, como las relaciones con la industria y también incorpora la revisión de los Principios Éticos para la Investigación Médica, de la Asociación Médica Mundial (AMM) (Declaración de Helsinki).

Se ha completado la implementación de nuestro Secretariado permanente en Ginebra. *WPA News* ha ganado en contenido y elegancia, y *WPA Directory* ha ganado en claridad. Se han preparado versiones mejoradas de *Informational Leaflet* y de *In-*

formational Booklet. La página Web *WPA Online*, que ya dispone de mucha información y se actualiza puntualmente, está preparada para aumentar su alcance, ya que pasará a ser administrada por el Secretariado en 2008. El *General Survey* de este trienio, ahora en su cuarta edición, está completando una valoración sistemática de todas las funciones de los componentes de WPA.

La situación económica de la WPA es buena. El presupuesto central está completamente equilibrado y disfrutamos de un fondo de reserva de más de medio millón de dólares americanos.

PROMOCIÓN DE SOCIEDADES MIEMBRO

El ritmo de las reuniones de la dirección con las sociedades miembro más grandes, así como con grupos de sociedades miembro, ha aumentado considerablemente durante este trienio, cubriendo literalmente todas las regiones del mundo. En un esfuerzo relacionado, el Presidente de la WPA ha participado cada año en más de 20 congresos nacionales o regionales.

Los Representantes de zona son dirigentes cada vez más importantes en nuestra asociación y han elaborado planes de trabajo excepcionales e informes de progresos anuales. La realidad y la presencia de nuestras regiones continentales han aumentado. Gracias a la dedicación de los Representantes de zona, se han mantenido reuniones regionales productivas y se publican boletines electrónicos.

También cabe mencionar la cuidadosa preparación de los procedimientos para dar a todas las sociedades miembro la oportunidad de participar en los Congresos internacionales de la WPA. Sigue creciendo el apoyo que se proporciona a las sociedades de los países en desarrollo a través de las actividades sectoriales y los programas especiales. Las sociedades más grandes están utilizando la WPA como canal preferencial para las iniciativas internacionales, y las pequeñas sociedades se están reafirmando de forma creciente.

ACTIVIDADES SECTORIALES

En el campo de la formación, ha avanzado considerablemente el trabajo en los programas de personalidad y depresión, así como en la actualización curricular, en colaboración con los correspondientes programas institucionales. En particular, cabe destacar la valía de una serie recientemente ampliada de créditos de educación médica continua (EMC). Los programas de formación de la WPA se están traduciendo a diversos idiomas.

En el campo de las publicaciones, la revista *World Psychiatry* ha alcanzado indización internacional y actualmente se publica en inglés, español y chino. Siguen aumentando los volúmenes

de las distintas series de publicaciones: *Evidence and Experience in Clinical Psychiatry*, *Images of Psychiatry* (de diferentes zonas del mundo), *Anthologies of Psychiatric Texts* y *Psychiatry for the Person*. Se han iniciado pasos para establecer acuerdos de coedición con Wiley-Blackwell, lo que promete mejorar considerablemente nuestras capacidades de publicación.

En cuanto a las Reuniones científicas, se llevan a cabo permanentemente diversos acontecimientos patrocinados, como Congresos y Conferencias (internacionales, mundiales y regionales), y muchas reuniones de organizaciones relevantes son copatrocinadas por la organización respectiva y la WPA. Se están realizando esfuerzos para evaluar los principales acontecimientos, a fin de mejorar su calidad.

Las 65 Secciones de la WPA se someten a evaluaciones sistemáticas. Se están preparando herramientas para incrementar la difusión de sus actividades. Muchas secciones tienen especial importancia, como es el caso de la Sección de clasificación, que ha establecido la Global Network of Classification and Diagnostic Groups, colaborando así con el desarrollo de la CIE-11 y los sistemas diagnósticos relacionados.

PROGRAMAS ESPECIALES Y GRUPOS DE TRABAJO

Entre los programas institucionales aprobados por la Asamblea general, ha sido especialmente activo el Programa Institucional de Psiquiatría Orientada a la Persona (Institutional Program on Psychiatry for the Person [IPPP]). Su lema de promover la Psiquiatría de la persona, para la persona, por la persona y con la persona, ha recibido una calurosa acogida allí donde se ha presentado. Sus componentes conceptuales, diagnósticos, de atención clínica y de salud pública han sido muy productivos. Cabe destacar especialmente acontecimientos como las Conferencias sobre Psiquiatría para la Persona celebradas en Londres en octubre de 2007 (en colaboración con el Departamento de Salud del RU) y en París en febrero de 2008 (en colaboración con las sociedades miembro de Francia y los Representantes de zona europeos). Se ha organizado una Conferencia sobre Medicina Centrada en la Persona en Ginebra en mayo de 2008 bajo los auspicios del Hospital Universitario de Ginebra y en colaboración con la AMM y otras seis importantes organizaciones internacionales de salud. Se ha instituido el Premio Pinel para Psiquiatría de la Persona: Articulación de Ciencia y Humanidades de la Medicina. La serie de libros acerca de Psiquiatría de la Persona incluye diversos volúmenes: *Psychiatry and Sexual Health: An Integrative Approach* (3), *Recovery: Das Ende der Unheilbarkeit* (4), *Psychiatric Diagnosis: Patterns and Prospects* (5). Además, se ha invitado a una serie de editoriales y revistas a introducir varios aspectos del IPPP (6-12).

El Programa Institucional sobre Catástrofes y Salud Mental (Institutional Program on Disasters and Mental Health) ha instrumentalizado la preparación de una Declaración Conjunta de WPA-OMS (13) y la implantación de nuestro Plan de Respuesta a Catástrofes (Disaster Response Plan) que incluye la coordinación de grupos de trabajo sobre el tsunami del sur de Asia, el terremoto de Cachemira, los huracanes de Norteamérica, el terremoto de Perú y los ciclones de Bangladesh. También han sido útiles los recursos de la Sección de catástrofes y el Fondo para catástrofes.

El Programa Institucional para Psiquiatras Jóvenes (Institutional Program for Young Psychiatrists) ha continuado colaborando con la organización de programas de asociación en varios importantes acontecimientos de la WPA. También está ayudando al establecimiento del Consejo de Psiquiatras Jóvenes de la WPA

y a la presencia de la Red de Psiquiatras Jóvenes de la WPA en *WPA Online*.

El Programa Institucional sobre Psiquiatría Perinatal y Salud Mental del Lactante (Institutional Program on Perinatal Psychiatry and Infant Mental Health) colabora cada vez más con la Sección científica de nombre análogo. También se ha implicado recientemente en los correspondientes departamentos de la OMS.

El Programa Institucional sobre Psiquiatría y Salud Mental en Asia (Institutional Program on Asian Psychiatry and Mental Health) realiza activos esfuerzo en los países en desarrollo de la región y se centra especialmente en catástrofes y sus consecuencias psicosociales.

El Comité ejecutivo ha establecido tres grupos de trabajo: Grupo de Trabajo sobre «Fuga de Cerebros», Grupo de trabajo sobre Violencia Masiva y Salud Mental y Grupo de Trabajo sobre Salud de los Médicos. Los tres grupos han desarrollado intensivos planes de trabajo y se encuentran en proceso de implantación.

COLABORACIÓN CON LA OMS Y CON OTRAS ORGANIZACIONES INTERNACIONALES

La cooperación con la OMS ha sido bastante productiva. En 2006, el Presidente y el Secretario general de la WPA celebraron una reunión muy fructífera con J.-W. Lee, Director General de la OMS, C. Le Gales-Camu, Director General Adjunto de la OMS para Enfermedades no Transmisibles y Salud Mental, y B. Saraceno, Director del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la OMS. El actual programa ampliado de colaboración WPA-OMS incluye el Proyecto Atlas en sus diferentes versiones; el Proyecto Comorbilidad Clínica, Respuesta a Catástrofes y una serie de declaraciones conjuntas de WPA-OMS. Además, la colaboración en la clasificación y el diagnóstico incluye un esfuerzo conjunto de revisión de la CIE (Clasificación de Trastornos Mentales), así como el desarrollo de un Modelo y Guía de Diagnóstico Integral Centrado en la Persona (Person-centered Integrative Diagnostic Model and Guide).

La WPA y la Federación Mundial para la Salud Mental (World Federation of Mental Health, WFMH) firmaron en 2007 por primera vez un acuerdo interinstitucional formal. En línea con este acuerdo, los dirigentes de la WFMH ofrecieron conferencias y simposios en cada uno de los principales congresos, y el Presidente de la WPA presentó la conferencia *Mary Hemingway-Reese Memorial Lecture* en el Congreso Mundial de la WFMH en Hong Kong. La colaboración también incluyó el Día Mundial de Salud Mental de la WFMH y el Programa de Psiquiatría para la Persona de la WPA, entre otros diferentes proyectos.

Las interacciones con la AMM han incluido invitaciones del Presidente de la WPA a las reuniones del Consejo de la AMM y a una Asamblea general de este organismo en 2007, así como la colaboración de la WPA en la revisión de la Declaración de Helsinki de la AMM.

La Federación Mundial de Neurología (World Federation of Neurology, WFN) estuvo representada por sus presidentes en dos congresos importantes de la WPA. A su vez, la WFN invitó al Presidente de la WPA a participar en el Congreso de Jubileo de la WFN en Bruselas en 2007. La colaboración se centró en la articulación de ciencia y humanidades.

Los Presidentes de la Organización Mundial de Médicos de Familia (World Organization of Family Doctors, WONCA) y la WPA se reunieron por primera vez en 2007 en nuestro Congreso Internacional celebrado en Melbourne. Ha comenzado una co-

laboración entre ambas organizaciones con respecto a comorbilidad y a la atención centrada en la persona. La WPA es miembro de pleno derecho del Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS). Nuestros directivos participan en las reuniones del Comité ejecutivo y de la Asamblea general de CIOMS.

En nuestros congresos recientes, se han celebrado sesiones de trabajo con varias de las organizaciones mencionadas y con otras, como la World Association for Psychosocial Rehabilitation y la World Federation of Societies of Biological Psychiatry. También es importante el proceso de diálogo iniciado con una serie de grupos de pacientes/usuarios, incluyendo aquellos críticos frente a la Psiquiatría. A este respecto, la Conferencia temática de la WPA celebrada en Dresde en junio de 2007, ha constituido un hito (14).

NOTAS DE CONCLUSIÓN

La revisión efectuada documenta el considerable cumplimiento del Plan Estratégico 2005-2008 gracias al trabajo dedicado de los componentes de la WPA. Se ha evidenciado que la identidad, la capacidad institucional y el impacto global de la WPA han ganado en profundidad y reconocimiento. Muchos de los miembros de la WPA se han adherido al IPPP, el cual también está atrayendo la atención de numerosas organizaciones internacionales de la salud hacia la exploración de una medicina y una atención sanitaria centradas en la persona.

World Psychiatry 2008; 7:65-67

Bibliografía

1. World Psychiatric Association. The World Psychiatric Association Governance Plans 2005-2008: a key initiative for institutional development. Geneva: World Psychiatric Association, 2006.
2. World Psychiatric Association. Manual of Procedures, 4th ed. Geneva: World Psychiatric Association, 2008.
3. Mezzich JE, Hernandez R (eds). Psychiatry and sexual health: an integrative approach. New York: Rowman and Middlefield, 2006.
4. Amering M, Schmolke M. Recovery: Das Ende der Unheilbarkeit. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 2006.
5. Salloum IM, Mezzich JE. Psychiatric diagnosis: patterns and prospects. Chichester: Wiley-Blackwell (in press).
6. Mezzich JE. Psychiatry for the Person: articulating medicine's science and humanism. *World Psychiatry* 2007;6:65-7.
7. Mezzich JE. The dialogal basis of our profession: Psychiatry with the Person. *World Psychiatry* 2007;6:129-30.
8. Mezzich JE, Salloum IM. On Person-centered Integrative Diagnosis. *Die Psychiatrie* 2007;4:262-5.
9. Mezzich JE, Salloum IM. Towards innovative international classification and diagnostic systems: ICD-11 and person-centered integrative diagnosis. *Acta Psychiatr Scand* 2007;116:1-5.
10. Mezzich JE, Salloum IM. Clinical complexity and person-centered integrative diagnosis. *World Psychiatry* 2008;7:1-2.
11. Christodoulou G, Fulford B, Mezzich JE. Psychiatry for the Person and its conceptual bases. *International Psychiatry* (in press).
12. Mezzich JE, Christodoulou G. Psychiatry for the Person and its ethical perspectives. *South Afr J Psychiatry* 2007;13:71-3.
13. Mezzich JE, Saraceno B. The role of psychiatrists in response to disasters. *World Psychiatry* 2007;6:1-2.
14. Kallert TW, Monahan J, Mezzich JE. WPA Thematic Conference on Coercive Treatment in Psychiatry: A Comprehensive Review. *BMC Psychiatry* 2007;Suppl. 1.

Uso del *cannabis* y riesgo de desarrollar un trastorno psicótico

WAYNE HALL¹, LOUISA DEGENHARDT²

¹School of Population Health, University of Queensland, Herston, Australia

²National Drug and Alcohol Research Centre, University of New South Wales, Sydney, Australia

En este artículo se revisan brevemente los indicios de que el consumo del cannabis en la adolescencia y principios de la edad madura es una causa que contribuye a las psicosis esquizofreniformes. Se resumen los estudios longitudinales que: a) han examinado las relaciones entre el consumo de cannabis y el riesgo de psicosis o síntomas psicóticos, y b) han controlado los posibles factores de confusión, como otras formas de consumo de sustancias y características personales que predicen un aumento del riesgo de psicosis. En la actualidad, a partir de los estudios longitudinales se dispone de indicios razonables de que el consumo regular de cannabis predice un aumento del riesgo de esquizofrenia y de síntomas psicóticos. Estas relaciones han persistido tras controlar las variables de confusión, como las características personales y el consumo de otras sustancias. Las relaciones no parecen poder explicarse por el hecho de utilizar el cannabis como automedicación de los síntomas de psicosis. Una relación causal de contribución es biológicamente verosímil, ya que los trastornos psicóticos implican trastornos en el sistema neurotransmisor de la dopamina, con el que interactúa el sistema cannabinoide, tal como se ha demostrado en estudios con animales y en un estudio de provocación en el ser humano. En este artículo se exploran brevemente las repercusiones clínicas y de salud pública de la hipótesis más verosímil, que el consumo de cannabis precipita la esquizofrenia en personas que son vulnerables debido a una historia personal o familiar de esquizofrenia.

Palabras clave: cannabis, psicosis, esquizofrenia, adolescentes, dopamina, intervenciones educativas

En la población general, se observa una asociación entre el consumo regular de *cannabis* y los trastornos psicóticos (como la esquizofrenia) (1, 2), y aquellos con un consumo importante de *cannabis* están sobrerrepresentados entre los casos nuevos de esquizofrenia (3-5). Estos hallazgos y las tasas crecientes de consumo de *cannabis* entre personas jóvenes en muchos países en desarrollo han dado lugar a debates concernientes a que el consumo de *cannabis* pueda constituir una causa de contribución a la psicosis, es decir, que precipite la esquizofrenia en individuos vulnerables. La hipótesis presume que el consumo de *cannabis* es uno de los factores entre otros muchos (incluyendo la predisposición genética y otras causas conocidas) que, en conjunto, provocan la esquizofrenia.

También existe otra serie de posibles explicaciones de la asociación. Factores comunes pueden incrementar el riesgo de consumo de *cannabis* y el riesgo de psicosis, sin que ambos estén directamente relacionados. También puede utilizarse el *Cannabis* como automedicación de los síntomas de esquizofrenia (6-15).

El hallazgo constante de una asociación entre el consumo de *cannabis* y la psicosis hace que el azar sea una explicación poco probable de la asociación y, en la actualidad, se dispone de una serie de estudios prospectivos que demuestran que, a menudo, el consumo de cannabis precede a la psicosis. La labor más complicada ha sido excluir la hipótesis de que la relación se debe a otros factores, como el uso de otras sustancias o una predisposición genética para desarrollar esquizofrenia y consumir *cannabis*.

ESTUDIOS LONGITUDINALES

El indicio más claro de que el consumo de *cannabis* constituye una causa que contribuye a la esquizofrenia procede de estudios longitudinales de amplias muestras representativas de la población, en las que se ha efectuado un seguimiento a lo largo del tiempo para comprobar si aquellos que consumen *cannabis* presentan un mayor riesgo de desarrollar esquizofrenia. El primero de estos estudios fue una investigación prospectiva de 15

años sobre el consumo de *cannabis* y la esquizofrenia en 50.465 participantes suecos. El estudio constató que aquellos que habían tomado *cannabis* a la edad de 18 años tenían una probabilidad 2,4 veces mayor de que se les diagnosticara esquizofrenia, en comparación con quienes que no la habían consumido (16), y el riesgo de ese diagnóstico incrementaba con la frecuencia del consumo de dicha sustancia. El riesgo disminuyó considerablemente, si bien continuó siendo significativo, tras el ajuste estadístico para variables que estaban relacionadas con el riesgo de desarrollar esquizofrenia.

Zammit *et al.* (17) informaron un seguimiento de 27 años de un cohorte sueca, observando también una relación, dependiente de la dosis, entre la frecuencia de consumo de *cannabis* en el momento inicial y el riesgo de esquizofrenia durante el seguimiento. La relación entre consumo de *cannabis* y esquizofrenia persistió cuando los autores controlaron estadísticamente los efectos del uso de otras sustancias y otros posibles factores de confusión, como la presencia de antecedentes de síntomas psiquiátricos en el momento inicial. Suponiendo una relación causal y en función de los patrones de consumo observados, estimaron que el 13% de los casos de esquizofrenia podría haberse evitado si se hubiera eliminado todo consumo de *cannabis*.

Los hallazgos de Zammit *et al.* se confirmaron en un estudio longitudinal de tres años sobre la relación del consumo de *cannabis* (referido por los propios pacientes) y la psicosis, en una muestra comunitaria de 4.848 personas de los Países Bajos (18). Van Os *et al.* observaron que el consumo de *cannabis* en el momento inicial predijo un aumento del riesgo de síntomas psicóticos durante el período de seguimiento en individuos que no habían presentado estos síntomas en el momento inicial. Se verificó una relación (dependiente de la dosis) entre la frecuencia del consumo inicial de *cannabis* y el riesgo de síntomas psicóticos durante el período de seguimiento. Esta relación persistió cuando los autores controlaron estadísticamente los efectos del uso de otras sustancias y fue más sólida en casos de síntomas psicóticos más graves. Los individuos que refirieron cualquier síntoma psicótico en el momento inicial tuvieron una mayor probabilidad de desarrollar esquizofrenia si utilizaban

cannabis, en comparación con los individuos que no eran tan vulnerables.

Estos hallazgos se han reproducido en un estudio de cohortes de Alemania y en dos de Nueva Zelanda. Henquet *et al.* (19) presentaron un seguimiento de 4 años de una cohorte de 2.437 adolescentes y adultos jóvenes entre 1995 y 1999 en Munich. Observaron una relación dependiente de la dosis entre el consumo inicial de *cannabis* (referido por los pacientes) y la probabilidad de documentar síntomas psicóticos en el seguimiento. Las personas jóvenes que refirieron inicialmente síntomas psicóticos tenían una probabilidad muy superior de experimentar síntomas psicóticos en el seguimiento si consumían *cannabis*.

Arseneault *et al.* (20) efectuaron un estudio prospectivo de adultos jóvenes en una cohorte de nacimiento de Nueva Zelanda ($n = 759$) cuyos miembros habían sido valorados en cuanto a factores de riesgo de síntomas psicóticos y trastornos desde el nacimiento. Observaron una relación entre el consumo de *cannabis* a la edad de 15 años y un aumento del riesgo de síntomas psicóticos a los 26 años de edad. Eso mismo observaron Ferguson *et al.* (21) en un estudio longitudinal de la relación entre la dependencia de *cannabis* a los 18 años y los síntomas psicóticos a los 21 años, en la cohorte de nacimiento del Christchurch Health y Development Study, de 1.265 niños. Constataron que la dependencia de *cannabis* a los 18 años predijo un aumento del riesgo de síntomas psicóticos a la edad de 21 años (riesgo relativo, RR = 2,3). Esta asociación fue menor, aunque todavía significativa, tras el ajuste para los posibles factores de confusión (RR = 1,8).

Investigadores franceses estudiaron la relación entre el consumo de *cannabis* y los síntomas psicóticos utilizando un «método de muestreo de experiencias» (22). Estos investigadores solicitaron a 79 universitarios que informaran acerca de su consumo de sustancias y de sus síntomas psicóticos en momentos aleatoriamente seleccionados, varias veces al día durante 7 días consecutivos. Los estudiantes debían dar sus valoraciones una vez que así se lo indicara una señal de aviso en un dispositivo electrónico portátil. Estaban sobrerrepresentados los individuos con un consumo elevado de *cannabis* ($n = 41$) y los estudiantes identificados como vulnerables a psicosis ($n = 16$). En los momentos en que consumían *cannabis*, los usuarios informaron percepciones más inusuales, y los individuos vulnerables que utilizaban *cannabis* tuvieron una mayor probabilidad de referir impresiones raras y percepciones inusuales que los individuos sin dicha vulnerabilidad. No se dio ninguna relación entre la información de experiencias inusuales y el consumo de *cannabis*, como cabría esperar si se hubiera verificado una automeedicación.

Moore *et al.* (23) efectuaron un metaanálisis de seis importantes estudios longitudinales sobre la relación entre el consumo de *cannabis* y la psicosis. Observaron un aumento del riesgo de padecer trastornos psicóticos si la persona había consumido *cannabis* en algún momento de su vida (cociente de posibilidades [odds ratio, OR] = IC del 95% 1,20-1,65). También se verificó una relación dependiente de la dosis entre la frecuencia del consumo de *cannabis* (informada por los pacientes) y el riesgo de desarrollar posteriormente síntomas psicóticos o un trastorno psicótico (OR = 2,09; IC 95% 1,54-2,84). Señalaron que la mayoría de estos estudios había controlado una posible causalidad inversa (excluyendo casos que refirieron inicialmente síntomas psicóticos o efectuando un ajuste estadístico para los síntomas psicóticos preexistentes). En todos los estudios se observó una atenuación de la asociación entre el consumo de *cannabis* y la psicosis tras un ajuste estadístico para posibles factores de confusión.

EFFECTOS DEL CONSUMO DE CANNABIS EN LA INCIDENCIA DE PSICOSIS

Dados los hallazgos señalados, ¿se ha verificado un cambio en la incidencia de la esquizofrenia, en particular los casos agudos de instauración precoz, durante las décadas de 1970-1980, cuando se produjeron incrementos muy considerables del consumo de *cannabis* en adultos jóvenes en Australia y Norteamérica? Un estudio de modelado de las tendencias en la incidencia de psicosis en Australia no encontró pruebas claras de ningún incremento de la incidencia después de los acuciados incrementos del consumo de *cannabis* durante la década de 1980 (24). Un estudio de modelado más reciente del RU (25) sugirió que puede ser demasiado pronto para detectar ningún efecto de consumo de *cannabis* en la incidencia de psicosis, ya que las tasas de consumo de *cannabis* sólo aumentaron durante la década de 1990 en ese país. Un estudio británico reciente (26) y un estudio suizo (27) refirieron indicios sugestivos de un aumento de la incidencia de psicosis en varones en recientes cohortes de nacimiento en las cuales las tasas máximas de consumo de *cannabis* se verificaron en la adolescencia. Estos datos deben ser comprobados en futuras investigaciones.

VEROSIMILITUD BIOLÓGICA

Durante mucho tiempo se ha considerado que el sistema dopaminérgico desempeña un papel importante en los trastornos psicóticos (28), pero ahora se dispone de cada vez más indicios de que el sistema cannabinoide también puede estar implicado (29-32). Los siguientes tipos de indicios sugieren con claridad que es biológicamente posible que el *cannabis* contribuya de forma causal en las psicosis.

En primer lugar, se han constatado aumentos de las concentraciones de anandamida, un agonista cannabinoide endógeno, en el líquido cefalorraquídeo de personas con esquizofrenia (33). Un estudio de casos y controles constató que personas con esquizofrenia presentaban una mayor densidad de receptores CB₁ en la corteza prefrontal, en comparación con los controles (34).

En segundo lugar, se ha referido una interacción entre el consumo de *cannabis* y el polimorfismo Val¹⁵⁸Met del gen de la catecol-O-metiltransferasa (COMT) (35). Las alteraciones en el metabolismo de las catecolaminas, en particular la dopamina, están bien documentadas en personas con esquizofrenia y otros trastornos esquizofreniformes (36). El polimorfismo funcional del gen COMT da lugar a una enzima de metilación que es importante en el metabolismo de la dopamina (37).

En tercer lugar, a partir de estudios antiguos retrospectivos (v. 38) y estudios prospectivos más recientes sobre casos de esquizofrenia de reciente instauración, se dispone de indicios de que el consumo regular de *cannabis* exacerba los síntomas del trastorno (39-41). Los estudios prospectivos que han controlado los efectos del incumplimiento de la medicación (39, 40) sugieren que la relación no se explica a través de este incumplimiento. D'Souza *et al.* (42, 43) observaron que el tetrahidrocannabinol (THC) intravenoso administrado en condiciones de doble enmascaramiento y comparación con placebo da lugar a un aumento, dependiente de la dosis, de los síntomas positivos y negativos en voluntarios sanos y en pacientes con esquizofrenia en remisión.

MOTIVO DE PRUDENCIA PARA LA SALUD PÚBLICA

Dada la incertidumbre en cuanto a una relación causal entre el consumo de *cannabis* y la psicosis, deben considerarse los

posibles costes y beneficios de las diferentes medidas políticas. Esto sugiere que una buena política es animar a la gente joven a evitar el uso de *cannabis* o, al menos, a retrasar su utilización hasta principios de la edad adulta (44). Si la relación verdaderamente es causal, podría decirse que el beneficio para la salud pública (reducción de la incidencia de esquizofrenia) compensaría la «renuncia al placer» efectuada por aquellos jóvenes que no consumieran *cannabis* o retrasaran su uso hasta principios de la madurez. Este argumento constituye un buen motivo para desalentar el consumo de *cannabis* en individuos jóvenes, pero deja espacio al desacuerdo sobre el mejor método para conseguir este objetivo en grupos especiales de población. Estos últimos aspectos se abordarán a continuación.

RESPUESTAS AL CONSUMO DE CANNABIS EN PERSONAS CON PSICOSIS

Existen indicios razonables de que individuos con psicosis que consumen regularmente *cannabis* tienen más síntomas positivos, recaídas más frecuentes y precisan más ingresos hospitalarios (41, 45). Por consiguiente, resulta aconsejable que las personas jóvenes con síntomas psicóticos que utilizan *cannabis* dejen de hacerlo o que, al menos, reduzcan la frecuencia de uso.

Las principales dificultades residen en encontrar la manera de convencer a los individuos con esquizofrenia de dejar de consumir una sustancia que les produce placer, y de ayudar a los que quieren abandonar el consumo, pero no lo logran. Evaluaciones recientes de las intervenciones psicológicas para la dependencia de *cannabis* en individuos sin psicosis informan tasas modestas de abstinencia al final del tratamiento (20-40%) y tasas considerables de posteriores recaídas (46). Muchos individuos con esquizofrenia presentan características que predicen un resultado poco satisfactorio: carecen del apoyo social, pueden tener trastornos cognitivos, a menudo no trabajan y no cumplen con el tratamiento (47-49). Una revisión reciente de Cochrane (50) no encontró indicios claros que corroboraran ningún tipo de tratamiento del abuso de sustancias en la esquizofrenia, más allá de la atención estándar. Una de las prioridades de investigación debería ser el desarrollo de métodos terapéuticos farmacológicos y psicológicos más eficaces para el tratamiento de la dependencia de *cannabis* (29).

INFORMACIÓN A LOS JÓVENES SOBRE LOS RIESGOS DE SALUD MENTAL A CAUSA DEL CONSUMO DE CANNABIS

Uno de los retos más importantes para la salud pública es encontrar una vía eficaz para explicar a los jóvenes el aumento del riesgo de psicosis como consecuencia del consumo de *cannabis*. También deben ser informados sobre los riesgos de adquirir una dependencia del *cannabis*, que puede producir un deterioro en sus procesos cognitivos y de aprendizaje e incrementar el riesgo de depresión (51, 52). Con frecuencia, estos riesgos no han sido resaltados en el debate público sobre el consumo de *cannabis*, aunque añaden peso al argumento de desaconsejar el consumo de *cannabis* en personas jóvenes.

CONCLUSIONES

El consumo regular de *cannabis* predice un aumento del riesgo de esquizofrenia, y la relación persiste tras controlar las

variables de confusión. Es improbable que la relación pueda explicarse por la automedicación. Se dispone de cada vez más indicios de que la asociación es biológicamente posible, pero, dada la compleja naturaleza de la etiología de la esquizofrenia y de los trastornos relacionados, es poco probable que la relación se deba a una interacción entre consumo de *cannabis* y un único gen. La incertidumbre acerca de los mecanismos biológicos no debería impedir la utilización de intervenciones formativas, psicológicas y sociales para reducir el uso del *cannabis* en personas jóvenes vulnerables y, de este modo, el riesgo de los problemas relacionados con su consumo (53).

World Psychiatry 2008; 7:68-71

Bibliografía

- Degenhardt L, Hall WD. The association between psychosis and problematic drug use among Australian adults: findings from the National Survey of Mental Health and Well-being. *Psychol Med* 2001;31:659-68.
- Tien AY, Anthony JC. Epidemiological analysis of alcohol and drug use as risk factors for psychotic experiences. *J Nerv Ment Dis* 1990;178:473-80.
- Barbee JG, Clark PD, Crapanzo MS et al. Alcohol and substance abuse among schizophrenic patients presenting to an emergency psychiatry service. *J Nerv Ment Dis* 1989;177:400-17.
- Cohen M, Klein DF. Drug abuse in a young psychiatric population. *Am J Orthopsychiatry* 1970;40:448-55.
- Wheatley M. The prevalence and relevance of substance use in detained schizophrenic patients. *J Forensic Psychiatry* 1998;9:114-29.
- Mueser KT, Drake RE, Wallach MA. Dual diagnosis: a review of etiological theories. *Addict Behav* 1998;23:717-34.
- Blanchard J, Brown S, Horan W et al. Substance use disorders in schizophrenia: review, integration, and a proposed model. *Clin Psychol Rev* 2000;20:207-34.
- Rosenthal R. Is schizophrenia addiction prone? *Curr Opin Psychiatry* 1998;11:45-8.
- Batel P. Addiction and schizophrenia. *Eur Psychiatry* 2000;15:115-22.
- Gruber AJ, Pope HG. Cannabis psychotic disorder: does it exist? *Am J Addict* 1994;3:72-83.
- Thornicroft G. Cannabis and psychosis: is there epidemiological evidence for an association? *Br J Psychiatry* 1990;157:25-33.
- Hall WD. Cannabis use and psychosis. *Drug Alcohol Rev* 1998;17:433-44.
- Hall WD, Degenhardt L. Cannabis use and psychosis: a review of clinical and epidemiological evidence. *Aust N Zeal J Psychiatry* 2000;34:26-34.
- McKay DR, Tennant CC. Is the grass greener? The link between cannabis and psychosis. *Med J Aust* 2000;172:284-6.
- Phillips P, Johnson S. How does drug and alcohol misuse develop among people with psychotic illnesses? A literature review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2001;36:269-76.
- Andreasson S, Engstrom A, Allebeck P et al. Cannabis and schizophrenia: a longitudinal study of Swedish conscripts. *Lancet* 1987;2:1483-6.
- Zammit S, Allebeck P, Andreasson S et al. Self reported cannabis use as a risk factor for schizophrenia in Swedish conscripts of 1969: historical cohort study. *BMJ* 2002;325:1199-201.
- van Os J, Bak M, Hanssen M et al. Cannabis use and psychosis: a longitudinal population-based study. *Am J Epidemiol* 2002;156:319-27.
- Henquet C, Krabbendam L, Spauwen J et al. Prospective cohort study of cannabis use, predisposition for psychosis, and psychotic symptoms in young people. *BMJ* 2004;330:11.
- Arseneault L, Cannon M, Poulton R et al. Cannabis use in adolescence and risk for adult psychosis: longitudinal prospective study. *BMJ* 2002;325:1212-3.

21. Fergusson DM, Horwood JL, Swain-Campbell NR. Cannabis dependence and psychotic symptoms in young people. *Psychol Med* 2003;33:15-21.
22. Verdoux H, Gindre C, Sorbara F et al. Cannabis use and the expression of psychosis vulnerability in daily life. *Eur Psychiatry* 2002;17:180S.
23. Moore TH, Zammit S, Lingford-Hughes A et al. Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review. *Lancet* 2007;370:319-28.
24. Degenhardt L, Hall WD, Lynskey MT. Testing hypotheses about the relationship between cannabis use and psychosis. *Drug Alcohol Depend* 2003;71:37-48.
25. Hickman M, Vickerman P, Macleod J et al. Cannabis and schizophrenia: model projections of the impact of the rise in cannabis use on historical and future trends in schizophrenia in England and Wales. *Addiction* 2007;102:597-606.
26. Boydell J, van Os J, Caspi A et al. Trends in cannabis use prior to first presentation with schizophrenia, in South-East London between 1965 and 1999. *Psychol Med* 2006;36:1441-6.
27. Ajdacic-Gross V, Lauber C, Warnke I et al. Changing incidence of psychotic disorders among the young in Zurich. *Schizophr Res* 2007;95:9-18.
28. Julien R. A primer of drug action: a concise, nontechnical guide to the actions, uses, and side effects of psychoactive drugs, 9th ed. New York: Freeman, 2001.
29. Ujike H, Morita Y. New perspectives in the studies on endocannabinoid and cannabis: cannabinoid receptors and schizophrenia. *J Pharmacol Sci* 2004;96:376-81.
30. Fritzsche M. Are cannabinoid receptor knockout mice animal models for schizophrenia? *Med Hypotheses* 2001;56:638-43.
31. Glass M. The role of cannabinoids in neurodegenerative diseases. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2001;25:743-65.
32. Skosnik PD, Spatz-Glenn L, Park S. Cannabis use is associated with schizotypy and attentional dysinhibition. *Schizophr Res* 2001;48:83-92.
33. Leweke FM, Giuffrida A, Wurster U et al. Elevated endogenous cannabinoids in schizophrenia. *Neuroreport* 1999;10:1665-9.
34. Dean B, Sundram S, Bradbury R et al. Studies on [3H]CP-55940 binding in the human central nervous system: regional specific changes in density of cannabinoid-1 receptors associated with schizophrenia and cannabis use. *Neuroscience* 2001;103:9-15.
35. Caspi A, Moffitt TE, Cannon M et al. Moderation of the effect of adolescent-onset cannabis use on adult psychosis by a functional polymorphism in the catechol-O-methyltransferase gene: longitudinal evidence of a gene X environment interaction. *Biol Psychiatry* 2005;57:1117-27.
36. Bilder R, Volavka J, Lachman H et al. The catechol-O-methyltransferase (COMT) polymorphism: relations to the tonic-phasic dopamine hypothesis and neuropsychiatric phenotypes. *Neuropsychopharmacology* 2004;29:1943-61.
37. Mannisto P, Kaakkola S. Catechol-O-methyltransferase (COMT): biochemistry, molecular biology, pharmacology, and clinical efficacy of the new selective COMT inhibitors. *Pharmacol Rev* 2006;51:593-628.
38. Hall WD, Degenhardt L. Is there a specific 'cannabis psychosis'? In: Castle DJ, Murray RM (eds). *Marijuana and madness*. Cambridge: Cambridge University Press, 2004:89-100.
39. Degenhardt L, Tennant C, Gilmour S et al. The temporal dynamics of relationships between cannabis, psychosis and depression among young adults with psychotic disorders: findings from a 10-month prospective study. *Psychol Med* 2007;37:927-34.
40. Hides L, Dawe S, Kavanagh DJ et al. Psychotic symptom and cannabis relapse in recent-onset psychosis. Prospective study. *Br J Psychiatry* 2006;189:137-43.
41. Linszen DH, Dingemans PM, Lenior ME. Cannabis abuse and the course of recent-onset schizophrenic disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51:273-9.
42. D'Souza DC, Abi-Saab WM, Madonick S et al. Delta-9-tetrahydrocannabinol effects in schizophrenia: implications for cognition, psychosis, and addiction. *Biol Psychiatry* 2005;57:594-608.
43. D'Souza DC, Cho HS, Perry E et al. Cannabinoid 'model' psychosis, dopamine-cannabinoid interactions and implications for schizophrenia. In: Castle DJ, Murray RM (eds). *Marijuana and madness*. Cambridge: Cambridge University Press, 2004:142-65.
44. de Irala J, Ruiz-Canela M, Martinez-Gonzalez MA. Causal relationship between cannabis use and psychotic symptoms or depression. Should we wait and see? A public health perspective. *Med Sci Monit* 2005;11:RA355-8.
45. Grech A, Van Os J, Jones PB et al. Cannabis use and outcome of recent onset psychosis. *Eur Psychiatry* 2005;20:349-53.
46. Roffman RA, Stephens RS. Cannabis dependence: its nature, consequences and treatment. Cambridge: Cambridge University Press, 2006.
47. Kavanagh DJ. An intervention for substance abuse in schizophrenia. *Behav Change* 1995;12:20-30.
48. Mueser KT, Bellack AS, Blanchard JJ. Comorbidity of schizophrenia and substance abuse: implications for treatment. *J Consult Clin Psychol* 1992;60:845-56.
49. Drake RE, Mueser KT, Brunette MF. Management of persons with co-occurring severe mental illness and substance use disorder: program implications. *World Psychiatry* 2007;6:131-6.
50. Jeffery DP, Ley A, McLaren S et al. Psychosocial treatment programmes for people with both severe mental illness and substance misuse. *Cochrane Database Syst Rev* 2000;Issue 2:CD001088.
51. Hall W. The mental health risks of adolescent cannabis use. *PLoS Med* 2006;3:159-62.
52. Patton GC, Coffey C, Carlin JB et al. Cannabis use and mental health in young people: cohort study. *BMJ* 2002;325:1195-8.
53. Hall WD, Degenhardt L. What are the policy implications of the evidence on cannabis and psychosis? *Can J Psychiatry* 2006;51:566-74.

Deterioro cognitivo leve: búsqueda de pródromos de la enfermedad de Alzheimer

PAUL B. ROSENBERG, CONSTANTINE G. LYKETSOS

Division of Geriatric Psychiatry and Neuropsychiatry, Johns Hopkins University School of Medicine, Baltimore, USA

El concepto de deterioro cognitivo leve identifica a personas que no son ni cognitivamente normales ni dementes. Se dispone de cada vez más indicios de que el deterioro cognitivo leve define a un grupo de personas que se sitúan en un riesgo a corto plazo de desarrollo de demencia y, en particular, de la enfermedad de Alzheimer. Por lo tanto, las personas con deterioro cognitivo leve constituyen una población atractiva como objetivo de tratamientos preventivos de la enfermedad de Alzheimer. El deterioro cognitivo leve se asocia al envejecimiento y es más prevalente que la demencia. Existen varios marcadores clínicos y biológicos que predicen el pronóstico de deterioro cognitivo leve, como síntomas depresivos, déficits cognitivos, imágenes cerebrales y hallazgos neuroquímicos. El médico debe estar especialmente atento a síntomas depresivos y a otros trastornos afectivos comunes en el deterioro cognitivo leve y que, potencialmente, son tratables. Los ensayos realizados con las medicaciones actuales para prevenir la progresión del deterioro cognitivo leve a demencia han sido ampliamente negativos. Se dispone de datos observacionales que sugieren que las modificaciones del estilo de vida, como el ejercicio, las actividades de ocio, la estimulación cognitiva y las actividades sociales, son eficaces en la prevención de la progresión del deterioro cognitivo leve. En la actualidad, se están investigando muchos tratamientos nuevos para la enfermedad de Alzheimer precoz y, si se demuestra su eficacia, es posible que también sean útiles para la prevención del deterioro cognitivo leve.

Palabras clave: deterioro cognitivo leve, enfermedad de Alzheimer, envejecimiento, síntomas depresivos, ejercicio, prevención

La enfermedad de Alzheimer es la enfermedad neurodegenerativa más común. Se prevé que en el año 2040 afecte a más de 81 millones de personas en todo el mundo (1). Representa una causa principal de discapacidad para pacientes y cuidadores y se asocia a una carga económica enorme para todas las sociedades. Clínicamente, la enfermedad tiene una instauración lenta, produce un típico deterioro gradual (cognitivo y funcional) (2, 3), y se caracteriza por una incidencia casi universal de síntomas neuropsiquiátricos (4). Desde el punto de vista neuropatológico, la enfermedad de Alzheimer se asocia al depósito de β -amiloides insolubles en las placas extracelulares y proteína tau fosforilada en los nudos neurofibrilares intraneuronales, activación microglial y pérdida neuronal (5).

Es muy probable que la enfermedad afecte el cerebro durante muchos años, incluso décadas (6), antes de que se manifieste su plena expresión clínica. En el momento en que la demencia de Alzheimer se hace clínicamente evidente, ya se ha producido una considerable lesión cerebral que con mucha probabilidad es irreversible. El control eficaz de la enfermedad de Alzheimer a largo plazo se basará en la capacidad de detectar y tratar sus manifestaciones precoces cerebrales y clínicas. Este artículo se centra en estas últimas, es decir, en las manifestaciones clínicas precoces de la enfermedad de Alzheimer.

Desde hace mucho tiempo, los médicos saben que las personas que desarrollan enfermedad de Alzheimer tienen síntomas cognitivos antes de la instauración de la demencia. Ya en la década de 1960, los investigadores reconocieron un grupo de personas de edad avanzada que no eran ni normales ni dementes, sino que se encontraban en algún punto intermedio (7). Si bien muchas de estas personas desarrollaron demencia, un considerable número no lo hizo. Esto dio lugar a los conceptos de «deterioro cognitivo sin demencia» (8) y «deterioro cognitivo leve» (3, 9).

Cabe hacer hincapié en que el deterioro cognitivo leve identifica a un grupo de individuos en riesgo y no constituye un diagnóstico clínico ampliamente aceptado. Incluso con el uso de perfiles de biomarcadores y sofisticadas evaluaciones clínicas para refinar la definición, un considerable número de personas con deterioro cognitivo leve no desarrollará demencia.

En este artículo se presenta el estado actual de conocimientos sobre el concepto de deterioro cognitivo leve, tal como se

aplica en la evaluación y el tratamiento clínicos, con particular énfasis en los factores de riesgo y pronósticos, las intervenciones en el estilo de vida y el futuro de los posibles tratamientos.

DETERIORO COGNITIVO LEVE Y SUS SUBTIPOS

Por definición, las personas con deterioro cognitivo leve no son ni cognitivamente normales ni dementes. La primera parte de la definición significa que las personas experimentan un malestar subjetivo debido a un deterioro cognitivo, obtienen resultados objetivos anormales en las pruebas cognitivas o ambas cosas. Además de la evidencia mencionada de un declive de la función cognitiva, los «criterios de Petersen» exigen que, para cumplir los criterios de deterioro cognitivo leve, el rendimiento de una persona en al menos un test cognitivo debe situarse $\geq 1,5$ desviaciones estándar por debajo del esperable en función de su edad y nivel educativo (3). Estos criterios de deterioro cognitivo leve son ampliamente aceptados, debido a su especificidad relativamente elevada.

La segunda parte de la definición de deterioro cognitivo leve –que la persona no es demente– significa que la persona no tiene déficit funcionales relacionados con trastornos cognitivos; a menudo esto se expresa afirmando que la persona no presenta alteraciones en las actividades instrumentales de la vida cotidiana. En la práctica, este criterio resulta más complicado de valorar, especialmente debido a que las exigencias cognitivas de las actividades funcionales varían en gran medida según el estadio del ciclo de vida y la situación vital. Por ejemplo, personas de edad avanzada que todavía trabajan, a menudo, tienen una mayor exigencia cognitiva en el día a día, en comparación con las personas ya retiradas, por lo que es más probable que ante el mismo grado de deterioro cognitivo se diagnostique demencia a las primeras. La presencia del cónyuge vivo a menudo enmascara los déficit funcionales menores; la vida en una comunidad retirada probablemente reduce las exigencias cognitivas para mantener arreglada la casa, ir a comprar, cocinar, etc.; mientras que es probable que la necesidad de cumplir con una pauta médica compleja incremente las exigencias cognitivas en la vida cotidiana. Pernecky *et al.* (10) observaron que, de hecho, las personas con

un deterioro cognitivo leve rigurosamente definido tenían alteraciones leves en las actividades instrumentales de la vida cotidiana, en particular en las tareas que exigen memoria o función ejecutiva. Por lo tanto, mientras que las personas con deterioro cognitivo leve tienen déficit sutiles en estas actividades, congruentes con su rendimiento cognitivo, suelen funcionar de forma independiente. Únicamente cuando su funcionamiento declina en varias áreas, se dice que «han cruzado la frontera» a la demencia (fig. 1).

El deterioro cognitivo leve se han dividido en subtipos, en función de que los déficit sean amnésicos o no amnésicos e impliquen un solo dominio o múltiples dominios.

EPIDEMIOLOGÍA Y PRONÓSTICO

La prevalencia del deterioro cognitivo leve en edades avanzadas varía conforme a la muestra y al subtipo de deterioro. El deterioro cognitivo leve amnésico presenta una prevalencia del 3-6% en las muestras de personas de edad avanzada, basadas en la población, mientras que todos los subtipos de deterioro cognitivo leve tienen una prevalencia de hasta el 16% (11, 12). La prevalencia de deterioro cognitivo leve incrementa con la edad, oscilando en el Cardiovascular Health Study desde el 15% en los menores de 75 años hasta el 30% en los mayores de 85 años (12).

Con anterioridad, se pensaba que el deterioro cognitivo leve conllevaba una progresión inevitable y relativamente rápida a demencia. Este sombrío pronóstico ha sido recientemente revisado. En uno de los primeros estudios, se estimó la tasa de progresión a la demencia en un 10-15% al año, con lo cual, más del 80% de los pacientes con deterioro cognitivo leve desarrolla demencia en un período de 6 años (3, 14). Se han referido tasas similares en el Cache County Study (13). Algunos investigadores concluyeron que el deterioro cognitivo leve amnésico simplemente es una enfermedad de Alzheimer prodrómica (15). Sin embargo, los estudios basados en la población o los estudios de seguimiento prolongado han revisado estas estimaciones a la baja: Devanand *et al.* refirieron una tasa de progresión anual del 5% (16); Solfrizzi *et al.*, del 7,4% (17), y Ganguli *et al.*, del 2,7% (18). Es evidente que el riesgo de demencia en pacientes con deterioro cognitivo leve es muy variable y parece mínimo en las muestras de población general.

Un considerable número de pacientes con deterioro cognitivo leve «retorna» a la normalidad (es decir, ya no tiene disfunción cognitiva subjetiva u objetiva). Se ha informado que la tasa de «retorno» oscila entre el 17 y el 32% (19-21). En pacientes con deterioro cognitivo leve amnésico rigurosamente definido, la tasa de progresión a enfermedad de Alzheimer es máxima, mientras que la tasa de «retorno» es mínima (19), en particular si afecta a múltiples dominios cognitivos (22), aunque sigue siendo significativa en pacientes con deterioro cognitivo leve no amnésico (23). Todavía no se ha esclarecido la especificidad del riesgo de demencia en relación con cada subtipo de deterioro cognitivo leve. No se han podido confirmar los primeros informes, conceptualmente demasiado simplistas, de que el deterioro cognitivo leve amnésico era específico de la enfermedad de Alzheimer y el deterioro cognitivo leve no amnésico, específico de otras demencias (en particular, demencia vascular) (22, 23).

¿Quién tiene una mayor probabilidad de progresar a demencia? En un estudio, los pacientes con deterioro cognitivo leve que progresaron a demencia presentaban un mayor deterioro de la memoria verbal basal (24). En los pacientes con deterioro cognitivo muy leve, el deterioro en la memoria verbal y en la función ejecutiva se asoció con un mayor riesgo de progresión (25).

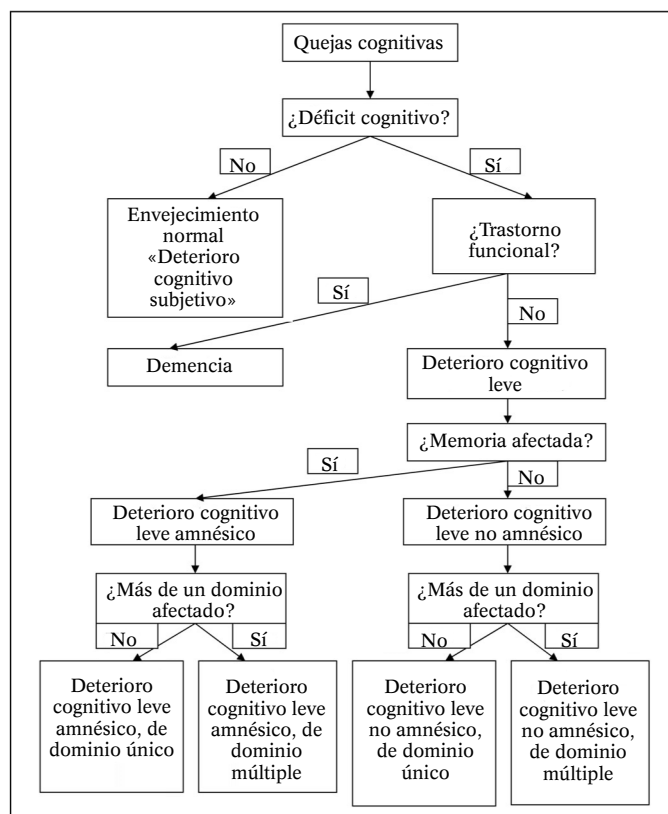


Figura 1. Deterioro cognitivo leve y síndromes relacionados. Adaptado de Rosenberg *et al.* (65).

Hallazgos similares se han referido en los grupos tratados con placebo en los ensayos sobre el uso de medicación para el deterioro cognitivo leve (26). Además, los cambios sutiles en la ejecución de las actividades instrumentales de la vida cotidiana predicen un peor pronóstico (25).

Los hallazgos en las imágenes cerebrales pueden reflejar claramente el pronóstico de deterioro cognitivo leve. La tasa de pérdida de volumen cerebral total o regional en el hipocampo y la corteza entorrinal (27, 28) y posiblemente la tasa de aumento del tamaño ventricular (29) son buenos factores predictivos de la progresión del deterioro cognitivo leve. El descenso de la captación de glucosa en las cortezas cingulada posterior y temporo-parietal, observado en imágenes por tomografía por emisión de positrones con fluorodesoxiglucosa (FDG-PET) también predicen la conversión de deterioro cognitivo leve en demencia (30, 31). Con el uso del agente B de Pittsburg (PIB) (un nuevo marcador de PET para las imágenes de placas amiloides *in vivo*), se observa una mayor unión en pacientes con deterioro cognitivo leve que progresan a la demencia que en otros que se mantienen funcionalmente estables (32), lo que indica que la densidad de placas amiloides es superior en pacientes con deterioro cognitivo leve que desarrollan demencia. Las imágenes por resonancia magnética funcional (RMf) también predicen el pronóstico: por ejemplo, Miller *et al.* (33) observaron que una mayor activación hipocámpica durante una tarea visual de codificación de escenas fue un factor predictivo de un declive cognitivo futuro.

Las concentraciones de péptidos β -amiloides y de proteína tau en plasma y en líquido cefalorraquídeo (LCR) también han dado resultados prometedores como marcadores pronósticos del deterioro cognitivo leve. Hansson *et al.* (34) refirieron que una

combinación de descenso del flujo sanguíneo parietal y valores anormales de péptidos β -amiloides y de proteína tau en el LCR fue un factor de predicción claro de la progresión del deterioro cognitivo leve. Dos estudios refirieron que un descenso de la relación A₄₂/A₄₀ es un factor de riesgo de enfermedad de Alzheimer en pacientes con deterioro cognitivo leve (35, 36).

La asociación genética más potente referida para la enfermedad de Alzheimer es con el alelo ApoE4 (14). Este alelo también puede ser un factor de riesgo de la progresión de deterioro cognitivo leve a enfermedad de Alzheimer (26).

La asociación de depresión y ansiedad con el pronóstico de deterioro cognitivo leve tiene una importancia particular para los psiquiatras. La depresión, la falta de motivación y la ansiedad son más prevalentes en pacientes con deterioro cognitivo leve que en personas de edad avanzada cognitivamente intactas (37). Tanto la depresión mayor (38) como la ansiedad (37) incrementan de un modo acusado el riesgo de progresión de deterioro cognitivo leve a demencia; además, la depresión y la apatía son más comunes en pacientes con deterioro cognitivo leve que progresan a enfermedad de Alzheimer (21, 39). La mayoría de los ancianos con depresión mayor también cumplen los criterios de deterioro cognitivo leve y sus déficits cognitivos persisten tras la remisión de la depresión (40). Otros estudios sobre la depresión en ancianos han constatado una asociación particular con la disfunción ejecutiva (41).

DIAGNÓSTICO

Historia

Para establecer el diagnóstico de deterioro cognitivo leve, el médico debe determinar que el paciente tiene síntomas cognitivos subjetivos, objetivos o ambos, pero no demencia. El límite entre deterioro cognitivo leve y demencia puede ser sutil, y se ha enmendado la definición inicial de deterioro cognitivo leve, la cual no requería déficit en las actividades instrumentales de la vida cotidiana, para permitir déficit sutiles. El médico debe determinar si el paciente ya no funciona de acuerdo con su desempeño habitual en su trabajo, su casa, sus aficiones, actividades sociales, etc.

Los pacientes con deterioro cognitivo leve suelen ser conscientes de sus déficits y pueden aportar un historial valioso, aunque sigue siendo importante la confirmación de un informante con conocimientos acerca del paciente (por lo general, un miembro cercano de la familia). Los pacientes por lo general se quejan de déficit en la memoria a corto plazo, por ejemplo: *a*) dificultades para recordar si han tomado o no la medicación, *b*) repetición de las preguntas, *c*) dificultades para ubicarse geográficamente en lugares no familiares, *d*) dificultad en recordar la secuencia temporal de los acontecimientos y *e*) dificultad para efectuar actividades complejas, como declarar los impuestos o escribir informes en el trabajo. Los pacientes con deterioro cognitivo leve pueden quejarse además de déficit en el funcionamiento ejecutivo, por ejemplo, utilizar la información para emitir juicios y decisiones, apreciar las consecuencias de sus decisiones, etc.; esto tiende a ser más evidente en el trabajo y más complicado de evaluar en los retirados.

Importancia de los síntomas afectivos

Es evidente que los problemas depresivos y cognitivos a menudo se producen de forma concomitante en personas ancianas y que la depresión frecuentemente es prodrómica del deterioro

cognitivo leve y de la demencia. En consecuencia, los médicos deben estar atentos a síntomas depresivos en pacientes con molestias cognitivas y deben tratar de distinguir entre los cambios afectivos primarios y los cambios cognitivos. Los pacientes con deterioro cognitivo leve se sitúan entre los pacientes más preocupados que se ven en la clínica psiquiátrica; a menudo, están convencidos de que son dementes y tienden a tener una visión catastrófica de su discapacidad, en vez de adaptarse a ella. Por este motivo, es importante que el médico presente el deterioro cognitivo leve como lo que es, un síndrome que permite identificar un grupo de riesgo, más que una enfermedad claramente definida.

Diversas características afectivas son más comunes en el deterioro cognitivo leve que en la depresión mayor. Por ejemplo, los pacientes pueden quejarse más de una falta de motivación que de tristeza o sentimientos de depresión (42). La falta de esperanza es habitual, pero no las ideas suicidas (43). El médico debe considerar atentamente a la posibilidad de que, en realidad, las molestias cognitivas constituyan la presentación de un trastorno depresivo «atípico», y debe establecer el diagnóstico en concordancia.

Evaluación cognitiva

La evaluación clínica es rara vez definitiva en el deterioro cognitivo leve, pero es útil para validar las quejas cognitivas del paciente. El Minixamen Cognoscitivo (*Mini-Mental State Examination*, MMSE) no es suficientemente sensible para confirmar o rechazar el diagnóstico de deterioro cognitivo leve, habiéndose observado en un estudio una sensibilidad y una especificidad del 70% utilizando un umbral de 26 puntos o menos para el deterioro cognitivo (44). Los instrumentos como el Minixamen Cognoscitivo Modificado (*Modified Mini-Mental State*, 3MS o mMMSE (45, 46) o la Evaluación Cognitiva Montreal (*Montreal Cognitive Evaluation*, MoCA) (47) resultan más complicados, presentan un menor «efecto techo» y, como tales, son más útiles en la práctica clínica de la evaluación de deterioro cognitivo leve. Existen datos normados del 3MS derivados de muestras basadas en la población (46); por ejemplo, la puntuación media de una persona de 75-79 años de edad con una formación universitaria es de 90, mientras que las puntuaciones inferiores a 80 se sitúan por debajo del percentil 5. Las pruebas neuropsicológicas añaden profundidad a la evaluación de deterioro cognitivo leve y cada vez se dispone de más indicios de que las pruebas sensibles de memoria inmediata y demorada mejoran especialmente el poder predictivo de la evaluación (48).

Evaluación de laboratorio y exploración física

Si bien no siempre es necesario realizar análisis de laboratorio en la evaluación diagnóstica del deterioro cognitivo leve, es importante descartar los efectos cognitivos de enfermedades clínicas distintas a la enfermedad neurodegenerativa. Por este motivo, la exploración física completa y una evaluación analítica deben considerarse parte de la evaluación del deterioro cognitivo leve. Los trastornos más comunes que remedan o causan síntomas cognitivos, incluso demencia, son, entre otros: hipotiroidismo, deficiencia de vitamina B12, neurosífilis e hipernatremia. Una instauración subaguda de delirium puede remedar un deterioro cognitivo leve, lo cual también puede ocurrir en el contexto de una infección de las vías urinarias, una neumonía, una insuficiencia cardíaca congestiva, o como efecto de medicamentos sedantes (en especial anticolinérgicos, benzodiazepinas y

analgésicos opiáceos). Es importante realizar un examen neurológico completo para evaluar los signos neurológicos prolongados que pueden sugerir una apoplejía oculta, una neuropatía periférica, un proceso miopático, o una enfermedad de Parkinson precoz que se presente con un enlentecimiento cognitivo y motor como primer signo y remede un deterioro cognitivo leve.

Imágenes cerebrales

En la actual práctica clínica, las imágenes estructurales cerebrales se realizan, en gran medida, para descartar causas de deterioro cognitivo poco frecuentes y ocultas, como apoplejía o ictus oculto, hematoma subdural o tumores cerebrales. Por lo tanto, no son de máxima importancia en el presente diagnóstico ni en el control del deterioro cognitivo leve. No obstante, como se ha señalado antes, los nuevos hallazgos obtenidos a partir de las imágenes por RM, FDG-PET y PIB-PET pueden mejorar enormemente la utilidad clínica de estas tecnologías en el diagnóstico y el tratamiento del deterioro cognitivo leve.

CONTROL

Los aspectos más importantes del actual control del deterioro cognitivo leve son la realización del diagnóstico más exacto posible y el apoyo a los pacientes y a sus familias para que sepan

que tienen un riesgo de demencia, pero no una certeza. Las estrategias preventivas esperanzadoras derivadas de los datos observacionales y el tratamiento de la depresión constituyen aspectos específicos del control.

Hasta la fecha, las estrategias para la prevención de la progresión hacia demencia no son de demostrada eficacia, pero se dispone de indicios de la influencia de los factores del estilo de vida. Se aconseja al lector que consulte recientes y amplias revisiones acerca del enfoque biopsicológico del tratamiento de la depresión en ancianos (49, 50). En este artículo, el análisis se limitará a las estrategias del estilo de vida y a las medicaciones.

Estrategias del estilo de vida

A menudo, pacientes y familias preguntan al médico si el ejercicio y la actividad cognitiva mejorarán su memoria o evitarán la demencia. Las ideas son atractivas y el mecanismo de «utilízalo o lo pierdes» es intuitivamente llamativo y se considera de forma amplia como crucial en la prevención de la demencia. Los indicios en apoyo proceden de estudios observacionales de muestras basadas en la comunidad de adultos de edad avanzada. En la tabla 1 se ofrece una selección de estudios recientes.

Curiosamente, se dispone de más indicios y de resultados más sólidos acerca del efecto protector del ejercicio que acerca del efecto de la actividad cognitiva, y un ejercicio moderado (p. ej., dos veces a la semana de una serie de actividades físicas) es suficiente para demostrar esta asociación (51). El efecto de la activi-

Tabla 1. Estudios recientes del efecto de los factores del estilo de vida sobre la demencia incidental

Autor	Factor del estilo de vida	Muestra (seguimiento medio)	Resultados	Comentario
Podewils et al. (51)	Número de actividades de ejercicio	N = 3.375 (5,4 años)	> 3 actividades asociadas a un descenso de la incidencia de demencia (HR = 0,58)	Efecto negativo observado en ApoE4
Larson et al. (66)	Frecuencia de ejercicio	N = 1.740 (6,2 años)	Ejercicio > 3 veces a la semana se asoció a un descenso de la incidencia de demencia (HR = 0,62)	El efecto mayor se aprecia en personas con rendimientos más bajos en el momento inicial
Wilson et al. (67)	Número y frecuencia de actividades cognitivamente estimulantes	N = 842 (4,1 años)	Mayor estimulación cognitiva se asoció a descenso de la incidencia de demencia (OR = 0,36 para incremento de un punto en la medida compuesta)	No se aprecia ningún efecto de la actividad física
Verghese et al. (54)	Número de actividades de ocio	N = 469 (5,1 años)	Un mayor número de actividades de ocio se asoció a un descenso de la incidencia de demencia	Actividades asociadas con una menor incidencia de demencia: lectura, juegos de mesa, ejecución de instrumentos musicales y baile
Wang et al. (68)	Función física basada en rendimientos	N = 2.288 (5,9 años)	Niveles superiores de rendimiento físico basal se asociaron a descenso de la incidencia de demencia	Asociación similar con declive cognitivo
Scarmeas et al. (69)	Número de actividades de ocio dicotomizadas en la mediana	N = 1.772 (2,9 años)	Un mayor número de actividades de ocio se asoció a descenso de la incidencia de demencia	
Rovio et al. (70)	Frecuencia de ejercicio en edades medias	N = 1.449 (26 años)	Ejercicio al menos dos veces a la semana en edades medias se asoció a descenso de la incidencia de demencia en edades avanzadas (OR = 0,48)	Apréciase que la asociación es aplicable a la frecuencia de ejercicio en edades medias (no avanzadas)
Laurin et al. (71)	Actividad cognitiva (medida compuesta)	N = 801 (4,5 años)	Actividades cognitivamente estimulantes se asociaron a descenso de la incidencia de demencia	Asociación similar con cognición global, memoria de trabajo y velocidad perceptual

HR: cociente de riesgos instantáneos (hazard ratio); OR: cociente de posibilidades (odds ratio).

Las muestras se seleccionaron en función de la inexistencia de demencia o trastornos funcionales significativos en el momento inicial, pero no se eligieron para incluir o excluir individuos con deterioro cognitivo leve.

dad cognitiva no ha podido ser demostrado de un modo tan rotundo y se confunde con la formación; en otras palabras, se ha observado que la formación tiene un efecto protector frente a la demencia y está asociada a las actividades cognitivas en personas mayores. Puede haber un similar efecto saludable de las actividades sociales (52), si bien recientes indicios sugieren que la reducción de la implicación social es más un resultado que una causa del declive cognitivo y de la demencia (53). Además, las actividades cognitivas se refieren a tal cantidad de categorías que resulta complicado determinar el mecanismo subyacente que reúne las diferentes actividades (p. ej., efectuar crucigramas y bailar) (54).

No se conocen en su integridad los mecanismos de los efectos protectores de los factores del estilo de vida, pero se cree que el ejercicio y la actividad cognitiva pueden dar lugar a una mayor «reserva cognitiva» (55), posiblemente a través de un mayor suministro vascular al cerebro o de un uso más eficiente de la red cognitiva (56). «LIFE» es un ensayo aleatorizado y controlado de un programa de ejercicios en personas de edad avanzada físicamente frágiles que examinará la cognición y el riesgo de demencia como criterios de valoración secundarios (57).

Es recomendable que, a fin de prevenir el deterioro cognitivo, las personas con deterioro cognitivo leve: *a)* sigan un programa de ejercicios regular, pero moderado y *variable*, que consista en caminatas de al menos 30 minutos tres veces a la semana, alternando con ejercicios aeróbicos y deportes grupales; *b)* realicen actividades cognitivamente estimulantes conforme a sus intereses, capacidades y formación personal, y *c)* mantengan una vida social lo más amena posible.

Medicaciones

Las medicaciones aprobadas hoy en día por la Food and Drug Administration (FDA) para la enfermedad de Alzheimer han sido sistemáticamente estudiadas en cuanto a sus efectos en los síntomas del deterioro cognitivo leve y en cuanto al pronóstico de este cuadro. En los estudios preclínicos, los tres inhibidores de la acetilcolinesterasa (donepezilo, rivastigmina, y galantamina) y la memantina, antagonista de los receptores NMDA (N-metil-D-aspartato) han mejorado la cognición en modelos de ratones transgénicos de enfermedad de Alzheimer (58). La galantamina ha mejorado sintomáticamente la memoria en pacientes con deterioro cognitivo leve (59). Sin embargo, los resultados de los ensayos controlados de los inhibidores de la

colinesterasa en el pronóstico del deterioro cognitivo leve han sido en su mayor parte negativos (tabla 2). El único hallazgo positivo con donepezilo procede de un análisis secundario en un subgrupo de pacientes y posee poca significación clínica. No se dispone de informes de ensayos con memantina. Dado el actual nivel de conocimientos, el médico no debe prescribir estos fármacos a pacientes con deterioro cognitivo leve con la esperanza de prevenir la progresión a enfermedad de Alzheimer. Sin embargo, en los pacientes de alto riesgo con deterioro cognitivo leve amnésico y declive de la función cognitiva, estos tratamientos pueden mostrar efectos beneficiosos en los síntomas, ya que es probable que tengan una enfermedad de Alzheimer precoz.

CONCLUSIONES

Lo que se sabe en la actualidad

Cuando un paciente se presenta con déficit de la memoria, los médicos disponen de herramientas clínicas y de las evaluaciones diagnósticas revisadas en este artículo, para valorar su riesgo a corto plazo de desarrollar demencia. El concepto más importante para pacientes y familias es que la identificación del paciente como con deterioro cognitivo leve lo asigna a una *grupo de riesgo*, pero no es un diagnóstico definitivo de enfermedad, ya que una considerable proporción de personas con deterioro cognitivo leve no desarrollará demencia y continuará funcionando normalmente. Los síntomas afectivos y de ansiedad son muy prevalentes en el deterioro cognitivo leve y el médico debe dar una atención especial a su diagnóstico y tratamiento. Las actuales medicaciones de enfermedad de Alzheimer no son eficaces para prevenir la progresión de deterioro cognitivo leve a enfermedad de Alzheimer, pero se dispone de indicios esperanzadores del papel beneficioso de los ejercicios, la estimulación cognitiva y las actividades de ocio y de socialización.

Lo que depara el futuro

El ritmo rápido de innovaciones en la investigación preclínica y traslacional acerca de la enfermedad de Alzheimer ha dado lugar a que se acelere la introducción de nuevos tratamientos de la enfermedad de Alzheimer en ensayos clínicos, incluyendo inmunoterapias (60, 61), inhibidores de la secretasa (62), inhibi-

Tabla 2. Ensayos aleatorizados comparativos de prevención de la progresión del deterioro cognitivo leve a demencia o enfermedad de Alzheimer

Autor	Tratamiento	N (duración)	Parámetros	Resultados	Comentarios
Feldman et al. (73)	Rivastigmina	1.018 (48 meses)	1. Progresión a enfermedad de Alzheimer 2. Cambio en puntuación cognitiva compuesta	Sin diferencia entre fármaco y placebo	Sin diferencia en medidas de imágenes de RM (volumen ventricular)
Salloway et al. (74)	Donepezilo	270 (6 meses)	1. Impresión global del cambio 2. Cambio en memoria lógica demorada	Sin diferencia entre fármaco y placebo	
Petersen et al. (75)	Donepezilo ± vitamina E	769 (36 meses)	Enfermedad de Alzheimer incidental	1. Donepezilo no fue protector en la evaluación primaria, pero tuvo un efecto limitado a los 12 meses en un análisis secundario. 2. Vitamina E sin efecto	1. Efecto de donepezilo observado a los 36 meses en los transportadores de ApoE4 2. Sin efecto en la tasa de atrofia cerebral (76)

RM: resonancia magnética.

Dos ensayos de galantamina en el deterioro cognitivo leve fueron informados como negativos en una revisión sistemática reciente (72).

ción del receptor para productos finales de glucación avanzada (RAGE) (63) y agentes antiinflamatorios (64). Como la población que presenta deterioro cognitivo leve amnésico incluye a un amplio grupo de pacientes con enfermedad de Alzheimer prodrómica, si un nuevo tratamiento es eficaz para la enfermedad de Alzheimer precoz también puede prevenir la progresión del deterioro cognitivo leve amnésico a enfermedad de Alzheimer. Se están investigando intensamente los biomarcadores de la enfermedad de Alzheimer preclínica que ayuden a identificar los pacientes con deterioro cognitivo leve y mayor riesgo de evolucionar a enfermedad de Alzheimer, y que puedan permitir, incluso, identificar a los pacientes antes de que desarrollen deterioro cognitivo leve, de forma que el tratamiento pueda iniciarse en fases preclínicas. Además, el futuro cercano probablemente dará una explosión de resultados sobre la eficacia de las intervenciones en el estilo de vida en el deterioro cognitivo leve. El médico debe estar atento a los hallazgos en estos campos, que seguramente ofrecerán la esperanza de mejorar el control del deterioro cognitivo leve, prevenir la enfermedad de Alzheimer y reducir su enorme carga para la salud pública.

World Psychiatry 2008; 7:72-78

Bibliografía

1. Ferri CP, Prince M, Brayne C et al. Alzheimer's Disease International: global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *Lancet* 2005;366:2112-7.
2. Binetti G, Magni E, Padovani A et al. Executive dysfunction in early Alzheimer's disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1996;60:91-3.
3. Petersen RC, Doody R, Kurz A et al. Current concepts in mild cognitive impairment. *Arch Neurol* 2001;58:1985-92.
4. Steinberg M, Shao H, Zandi P et al. Point and 5-year period prevalence of neuropsychiatric symptoms in dementia: the Cache County Study. *Int J Geriatr Psychiatry* 2008;23:170-7.
5. Selkoe DJ. Deciphering the genesis and fate of amyloid beta-protein yields novel therapies for Alzheimer disease. *J Clin Invest* 2002;110:1375-81.
6. Snowden DA, Kemper SJ, Mortimer JA et al. Linguistic ability in early life and cognitive function and Alzheimer's disease in late life. Findings from the Nun Study. *JAMA* 1996;275:528-32.
7. Kay DW, Beamish P, Roth M. Old age mental disorders in Newcastle Upon Tyne. I. A study of prevalence. *Br J Psychiatry* 1964;110:146-58.
8. Graham JE, Rockwood K, Beattie BL et al. Prevalence and severity of cognitive impairment with and without dementia in an elderly population. *Lancet* 1997;349:1793-6.
9. Petersen RC, Smith GE, Waring SC et al. Mild cognitive impairment: clinical characterization and outcome. *Arch Neurol* 1999;56:303-8.
10. Pernecky R, Pohl C, Sorg C et al. Impairment of activities of daily living requiring memory or complex reasoning as part of the MCI syndrome. *Int J Geriatr Psychiatry* 2006;21:158-62.
11. Feldman HH, Jacova C. Mild cognitive impairment. *Am J Geriatr Psychiatry* 2005;13:645-55.
12. Lopez OL, Jagust WJ, DeKosky ST et al. Prevalence and classification of mild cognitive impairment in the Cardiovascular Health Study Cognition Study: Part 1. *Arch Neurol* 2003;60:1385-9.
13. Tschanz JT, Welsh-Bohmer KA, Lyketsos CG et al. Conversion to dementia from mild cognitive disorder: the Cache County Study. *Neurology* 2006;67:229-34.
14. Petersen RC, Smith GE, Ivnik RJ et al. Apolipoprotein E status as a predictor of the development of Alzheimer's disease in memory-impaired individuals. *JAMA* 1995;273:1274-8.
15. Morris JC, Storandt M, Miller JP et al. Mild cognitive impairment represents early-stage Alzheimer disease. *Arch Neurol* 2001;58:397-405.
16. Devanand DP, Pradhaban G, Liu X et al. Hippocampal and entorhinal atrophy in mild cognitive impairment: prediction of Alzheimer disease. *Neurology* 2007;68:828-36.
17. Solfrizzi V, D'Introno A, Colacicco AM et al. Alcohol consumption, mild cognitive impairment, and progression to dementia. *Neurology* 2007;68:1790-9.
18. Ganguli M, Dodge HH, Shen C et al. Mild cognitive impairment, amnesic type: an epidemiologic study. *Neurology* 2004;63:115-21.
19. Lopez OL, Kuller LH, Becker JT et al. Incidence of dementia in mild cognitive impairment in the Cardiovascular Health Study Cognition Study. *Arch Neurol* 2007;64:416-20.
20. Maioli F, Coveri M, Pagni P et al. Conversion of mild cognitive impairment to dementia in elderly subjects: a preliminary study in a memory and cognitive disorder unit. *Arch Gerontol Geriatr* 2007;44(Suppl. 1):233-41.
21. Gabrylewicz T, Styczynska M, Luczywek E et al. The rate of conversion of mild cognitive impairment to dementia: predictive role of depression. *Int J Geriatr Psychiatry* 2007;22:563-7.
22. Busse A, Hensel A, Guhne U et al. Mild cognitive impairment: long-term course of four clinical subtypes. *Neurology* 2006;67:2176-85.
23. Fischer P, Jungwirth S, Zehetmayer S et al. Conversion from subtypes of mild cognitive impairment to Alzheimer dementia. *Neurology* 2007;68:288-91.
24. Albert M, Moss MB, Blacker D et al. Longitudinal change in cognitive performance among individuals with mild cognitive impairment. *Neuropsychology* 2007;21:158-69.
25. Dickerson BC, Sperling RA, Hyman BT et al. Clinical prediction of Alzheimer disease dementia across the spectrum of mild cognitive impairment. *Arch Gen Psychiatry* 2007;64:1443-50.
26. Fleisher AS, Sowell BB, Taylor C et al. Clinical predictors of progression to Alzheimer disease in amnesic mild cognitive impairment. *Neurology* 2007;68:1588-95.
27. Jack CR Jr, Weigand SD, Shiung MM et al. Atrophy rates accelerate in amnesic mild cognitive impairment. *Neurology* (in press).
28. DeCarli C, Frisoni GB, Clark CM et al. Qualitative estimates of medial temporal atrophy as a predictor of progression from mild cognitive impairment to dementia. *Arch Neurol* 2007;64:108-15.
29. Carmichael OT, Kuller LH, Lopez OL et al. Cerebral ventricular changes associated with transitions between normal cognitive function, mild cognitive impairment, and dementia. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 2007;21:14-24.
30. Drzezga A, Grimmer T, Riemenschneider M et al. Prediction of individual clinical outcome in MCI by means of genetic assessment and (18)F-FDG PET. *J Nucl Med* 2005;46:1625-32.
31. Mosconi L, Perani D, Sorbi S et al. MCI conversion to dementia and the APOE genotype: a prediction study with FDG-PET. *Neurology* 2004;63:2332-40.
32. Forsberg A, Engler H, Almkvist O et al. PET imaging of amyloid deposition in patients with mild cognitive impairment. *Neurobiol Aging* (in press).
33. Miller SL, Fenstermacher E, Bates J et al. Hippocampal activation in adults with mild cognitive impairment predicts subsequent cognitive decline. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* (in press).
34. Hansson O, Buchhave P, Zetterberg H et al. Combined rCBF and CSF biomarkers predict progression from mild cognitive impairment to Alzheimer's disease. *Neurobiol Aging* (in press).
35. Hansson O, Zetterberg H, Buchhave P et al. Prediction of Alzheimer's disease using the CSF Abeta42/Abeta40 ratio in patients with mild cognitive impairment. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2007;23:316-20.
36. Graff-Radford NR, Crook JE, Lucas J et al. Association of low plasma Abeta42/Abeta40 ratios with increased imminent risk for mild cognitive impairment and Alzheimer disease. *Arch Neurol* 2007;64:354-62.
37. Palmer K, Berger AK, Monastero R et al. Predictors of progression from mild cognitive impairment to Alzheimer disease. *Neurology* 2007;68:1596-602.
38. Modrego PJ, Ferrandez J. Depression in patients with mild cognitive impairment increases the risk of developing dementia of

- Alzheimer type: a prospective cohort study. *Arch Neurol* 2004; 61:1290-3.
39. Teng E, Lu PH, Cummings JL. Neuropsychiatric symptoms are associated with progression from mild cognitive impairment to Alzheimer's disease. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2007;24: 253-9.
 40. Lee JS, Potter GG, Wagner HR et al. Persistent mild cognitive impairment in geriatric depression. *Int Psychogeriatr* 2007;19:125-35.
 41. Alexopoulos GS, Kiosses DN, Heo M et al. Executive dysfunction and the course of geriatric depression. *Biol Psychiatry* 2005;58:204-10.
 42. Kumar R, Jorm AF, Parslow RA et al. Depression in mild cognitive impairment in a community sample of individuals 60-64 years old. *Int Psychogeriatr* 2006;18:471-80.
 43. Lopez OL, Becker JT, Sweet RA. Non-cognitive symptoms in mild cognitive impairment subjects. *Neurocase* 2005;11:65-71.
 44. Loewenstein DA, Barker WW, Harwood DG et al. Utility of a Modified Mini-Mental State Examination with extended delayed recall in screening for mild cognitive impairment and dementia among community dwelling elders. *Int J Geriatr Psychiatry* 2000;15:434-40.
 45. Bland RC, Newman SC. Mild dementia or cognitive impairment: the Modified Mini-Mental State Examination (3MS) as a screen for dementia. *Can J Psychiatry* 2001;46:506-10.
 46. Bravo G, Hebert R. Age- and education-specific reference values for the Mini-Mental and Modified Mini-Mental State Examinations derived from a non-demented elderly population. *Int J Geriatr Psychiatry* 1997;12:1008-18.
 47. Smith T, Gildeh N, Holmes C. The Montreal Cognitive Assessment: validity and utility in a memory clinic setting. *Can J Psychiatry* 2007;52:329-32.
 48. Loewenstein DA, Acevedo A, Ownby R et al. Using different memory cutoffs to assess mild cognitive impairment. *Am J Geriatr Psychiatry* 2006;14:911-9.
 49. Dombrowski AY, Lenze EJ, Dew MA et al. Maintenance treatment for old-age depression preserves health-related quality of life: a randomized, controlled trial of paroxetine and interpersonal psychotherapy. *J Am Geriatr Soc* 2007;55:1325-32.
 50. Cuijpers P, van Straten A, Smit F. Psychological treatment of late-life depression: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Int J Geriatr Psychiatry* 2006;21:1139-49.
 51. Podewils LJ, Guallar E, Kuller LH et al. Physical activity, APOE genotype, and dementia risk: findings from the Cardiovascular Health Cognition Study. *Am J Epidemiol* 2005;161:639-51.
 52. Fratiglioni L, Paillard-Borg S, Winblad B. An active and socially integrated lifestyle in late life might protect against dementia. *Lancet Neurol* 2004;3:343-53.
 53. Green RC, Rebok GW, Lyketsos CG. Influence of social network characteristics on cognition and functional status with aging. *Int J Geriatr Psychiatry* (in press).
 54. Verghese J, Lipton RB, Katz MJ et al. Leisure activities and the risk of dementia in the elderly. *N Engl J Med* 2003;348:2508-16.
 55. Stern Y. Cognitive reserve and Alzheimer disease. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 2006;20:S69-S74.
 56. Scarmeas N, Zarahn E, Anderson KE et al. Association of life activities with cerebral blood flow in Alzheimer disease: implications for the cognitive reserve hypothesis. *Arch Neurol* 2003;60:359-65.
 57. Espeland MA, Gill TM, Guralnik J et al. Designing clinical trials of interventions for mobility disability: results from the Lifestyle Interventions and Independence for Elders Pilot (LIFE-P) trial. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2007;62:1237-43.
 58. Van Dam D, Abramowski D, Staufenbiel M et al. Symptomatic effect of donepezil, rivastigmine, galantamine and memantine on cognitive deficits in the APP23 model. *Psychopharmacology* 2005; 180:177-90.
 59. Koontz J, Baskys A. Effects of galantamine on working memory and global functioning in patients with mild cognitive impairment: a double-blind placebo-controlled study. *Am J Alzheimers Dis Other Demen* 2005;20:295-302.
 60. Arbel M, Solomon B. Immunotherapy for Alzheimer's disease: attacking amyloid-beta from the inside. *Trends Immunol* 2007;28: 511-3.
 61. Gardberg AS, Dice LT, Ou S et al. Molecular basis for passive immunotherapy of Alzheimer's disease. *Proc Natl Acad Sci USA* 2007;104:15659-64.
 62. Melnikova I. Therapies for Alzheimer's disease. *Nat Rev Drug Discov* 2007;6:341-2.
 63. Lue LF, Yan SD, Stern DM et al. Preventing activation of receptor for advanced glycation endproducts in Alzheimer's disease. *Curr Drug Targets CNS Neurol Disord* 2005;4:249-66.
 64. Rosenberg PB. Clinical aspects of inflammation in Alzheimer's disease. *Int Rev Psychiatry* 2005;17:503-14.
 65. Rosenberg PB, Johnston D, Lyketsos CG. A clinical approach to mild cognitive impairment. *Am J Psychiatry* 2006;163:1884-90.
 66. Larson EB, Wang L, Bowen JD et al. Exercise is associated with reduced risk for incident dementia among persons 65 years of age and older. *Ann Intern Med* 2006;144:73-81.
 67. Wilson RS, Bennett DA, Bienias JL et al. Cognitive activity and incident AD in a population-based sample of older persons. *Neurology* 2002;59:1910-4.
 68. Wang L, Larson EB, Bowen JD et al. Performance-based physical function and future dementia in older people. *Arch Intern Med* 2006;166:1115-20.
 69. Scarmeas N, Levy G, Tang MX et al. Influence of leisure activity on the incidence of Alzheimer's disease. *Neurology* 2001;57:2236-42.
 70. Rovio S, Kareholt I, Helkala EL et al. Leisure-time physical activity at midlife and the risk of dementia and Alzheimer's disease. *Lancet Neurol* 2005;4:705-11.
 71. Laurin D, Verreault R, Lindsay J et al. Physical activity and risk of cognitive impairment and dementia in elderly persons. *Arch Neurol* 2001;58:498-504.
 72. Loy C, Schneider L. Galantamine for Alzheimer's disease and mild cognitive impairment. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;CD00 1747.
 73. Feldman HH, Ferris S, Winblad B et al. Effect of rivastigmine on delay to diagnosis of Alzheimer's disease from mild cognitive impairment: the InDDEX study. *Lancet Neurol* 2007;6:501-12.
 74. Salloway S, Ferris S, Kluger A et al. Efficacy of donepezil in mild cognitive impairment: a randomized placebo-controlled trial. *Neurology* 2004;63:651-7.
 75. Petersen RC, Thomas RG, Grundman M et al. Vitamin E and donepezil for the treatment of mild cognitive impairment. *N Engl J Med* 2005;352:2379-88.
 76. Jack CR Jr, Petersen RC, Grundman M et al. Longitudinal MRI findings from the vitamin E and donepezil treatment study for MCI. *Neurobiol Aging* (in press).

Barreras en la mente: promoviendo un argumento económico para la salud mental en países de ingresos bajos y medios

DAVID MCDAID^{1,2}, MARTIN KNAPP^{1,3}, SHOBA RAJA⁴

¹Personal Social Services Research Unit and ²European Observatory on Health Systems and Policies, London School of Economics and Political Science, London, UK

³Centre for the Economics of Mental Health, King's College London, Institute of Psychiatry, London, UK

⁴Basic Needs, Banaswadi, Bangalore, India

En los últimos años, los políticos en países de ingresos altos han puesto un gran énfasis en el valor de mantener una buena salud mental, reconociendo la contribución que esto hace a la calidad de vida, y estando a la vez cada vez más atentos a las consecuencias socioeconómicas de la falta de salud mental. El escenario en muchas otras partes del mundo es mucho menos alentador: la atención y los recursos de la política siguen dirigiéndose en gran medida a las enfermedades transmisibles. En este artículo se reflejan algunas de las dificultades que afrontan estos países para modificar esa situación y se describe el papel que la comprobación de la rentabilidad de las inversiones en salud mental podría desempeñar en el refuerzo de los motivos políticos para invertir en salud mental. Claramente, esto debe incluir la evaluación del impacto económico de las estrategias implantadas tanto en el sector de salud como fuera de éste. Asimismo, tienen una importancia crucial las maneras en que se ofrecen los servicios de salud mental. Desde hace tiempo, ha quedado demostrado que las organizaciones no gubernamentales (ONG) son participantes clave en la financiación, la coordinación y el suministro de estos servicios en países de ingresos altos. Su papel en los países de ingresos medios y bajos, en donde la infraestructura de salud mental y las políticas dirigidas a esta área son más limitadas, puede ser incluso más vital para superar algunas de las barreras al desarrollo e implementación de políticas de salud mental.

Palabras clave: política de salud mental, economía, desarrollo de servicios, organizaciones no gubernamentales

El Informe sobre la salud en el mundo de 2001 de la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha planteado francamente el reto global impuesto por los problemas de salud mental. En todo el mundo, el 20% de los individuos puede experimentar problemas de salud mental durante la vida y este tipo de trastornos supone alrededor de un tercio de todos los años vividos con discapacidad (1). Evidentemente, las consecuencias de la falta de salud mental son muy amplias; se asocian a tasas elevadas de comorbilidad y mortalidad prematura relacionadas con la salud mental. Algunos problemas de salud mental también se asocian a experiencias de falta de empleo, escasas relaciones personales, tensión en las familias y un aumento del riesgo de falta de hogar y problemas con el sistema judicial penal.

El informe de 2001 ayudó a incrementar la conciencia de la importancia de la salud mental. La necesidad de promocionar y mantener una buena salud mental y el bienestar como elementos integrales de la política de salud ahora se reconoce de forma bastante generalizada en los países de ingresos elevados. Por ejemplo, la Comisión Europea publicó en 2005 un Green Paper sobre salud mental (2) y, un poco antes en ese mismo año, los 52 Estados miembro en la Región Europea de la OMS habían respaldado una Declaración y un Plan de Acción en Helsinki (3, 4). En EE.UU., una Comisión Presidencial instó a la inversión en acciones para asegurar que la salud mental recibiera el mismo grado de atención que los problemas de salud física, recomendando especialmente acciones para afrontar el suicidio y reducir el estigma, así como las intervenciones para promover la salud mental infantil (5). En la región del Pacífico, también pueden apreciarse acciones positivas. Por ejemplo, Nueva Zelanda dispone de una estrategia de salud mental nacional de 10 años (6), cuya implementación está monitorizada por una Comisión de salud mental.

En otras muchas partes del mundo, la situación es mucho menos alentadora. Si bien recientemente ha habido un cierto interés en la necesidad de afrontar las consecuencias de catástrofes importantes como el Tsunami asiático sobre la salud mental (7), la atención y los recursos políticos en muchos países de ingresos bajos y medios siguen dirigiéndose en gran medida a las enfermedades transmisibles.

El objetivo de este artículo es dirigir la mirada hacia algunas de las dificultades a las que se enfrentan los países de ingresos

bajos y medios para cambiar esta situación y señalar el papel que podría desempeñar la comprobación de la rentabilidad de las inversiones en salud mental en el refuerzo de los motivos políticos para invertir en dicha área. Obviamente, es necesario mejorar la comprensión de la rentabilidad de intervenciones específicas dentro del sistema de atención sanitaria. Sin embargo, también existe una inminente necesidad de ampliar el papel del análisis económico, para contemplar las intervenciones en el sector no sanitario que pueden tener un impacto directo en la salud mental y ayudar de forma indirecta a la recepción y el mantenimiento de los tratamientos. La manera de dispensar los servicios tiene una importancia capital y también debe ser evaluada. En particular, puede afirmarse que las organizaciones no gubernamentales (ONG) pueden ser participantes clave en el aporte de fondos, la coordinación y el suministro de servicios.

IMPACTO SOCIOECONÓMICO DE LA FALTA DE SALUD MENTAL

Se predice que la carga por enfermedades mentales se incrementará desde su actual nivel del 12% de la carga global de enfermedades a aproximadamente un 15% en 2020; se espera que gran parte de esta carga adicional se produzca en los países de bajos ingresos (8). Las consecuencias de la falta de salud mental en estos países pueden ser incluso peores que en los países de ingresos elevados, debido a la ausencia de redes seguras de protección social y a la influencia de factores relacionados con el estigma y la superstición con respecto a los problemas de salud mental (9). El ciclo entre la falta de salud mental y la pobreza en países de bajos ingresos ha sido comprobado en varios estudios (10-12). La falta de salud maternal también tiene consecuencias adversas a largo plazo para los niños en países de ingresos bajos y medios, limitando sus propias oportunidades de por vida (13). Las enfermedades transmisibles, en las que se centra una gran parte de la política de salud en los países pobres, también están indisolublemente vinculadas y exacerbadas por la falta de salud mental; las intervenciones para prevenir y tratar los problemas pueden ayudar a controlar estas enfermedades, por ejemplo, en el caso del VIH/SIDA (14, 15).

El coste económico de la falta de salud mental está bien documentado en los países de ingresos elevados, estimándose de forma conservadora que supone entre el 3 y 4% del producto interior bruto (PIB). Se han realizado pocas estimaciones fuera del mundo desarrollado. Una excepción es un estudio en Kenya (16), en el que se estimó que en 1999 el coste total por paciente de 5.678 individuos con problemas de salud mental, hospitalizados, fue de 2.351 dólares. Esto incluye un coste directo para los miembros de la familia de 51 dólares y pérdidas de productividad de 453 dólares. Los costes económicos sólo de este grupo son superiores a 13,3 millones de dólares, lo que equivale al 10% del presupuesto del Ministerio de la Salud de ese país, si bien estas cifras habrían sido muy superiores si el coste también hubiera incluido a aquellos individuos que no fueron institucionalizados o que fueron tratados por curanderos tradicionales. Para contextualizar estos datos, es necesario tener en cuenta la el ingreso medio *per capita* de la población en Kenya sólo es de 580 dólares al año y más de la mitad de la población vive con menos de 1 dólar al día (17).

Otros ejemplos pueden encontrarse en la India, en donde se ha constatado que el coste global para pacientes esquizofrénicos ambulatorios es similar al de personas que viven con otra enfermedad a largo plazo, la diabetes; sin embargo, una diferencia clave entre estas enfermedades es que, en el caso de la esquizofrenia, la contribución de los costes indirectos en el coste global es muy superior (63 frente al 29%). Esto no sólo incluye el coste de la pérdida de oportunidades de trabajo de los individuos enfermos y sus familias, sino también los costes de los tratamientos y el dinero gastado en la reparación de daños a la propiedad. En total, el coste anual por paciente ambulatorio tratado por esquizofrenia fue evaluado en 274 dólares (18). Otro estudio de la India en el que se ofreció acceso libre a fármacos esenciales, como parte de los servicios comunitarios de extensión a personas con esquizofrenia, refirió que esto llevó a una serie de mejoras en la calidad de vida durante un período de 18 meses. El impacto en el coste fue modesto, compensándose, en parte, la inversión en los servicios comunitarios de extensión por la menor necesidad de cuidados por parte de miembros de la familia (19).

Este impacto en los cuidadores familiares puede ser considerable. En Etiopía, Shibre *et al.* (20) estudiaron el impacto de la esquizofrenia en 300 cuidadores familiares en comunidades rurales tradicionales. Los familiares sufrían dificultades económicas, restricciones en su vida social, reducción de las oportunidades de trabajo y relaciones familiares tensas. Estos problemas son especialmente complicados para los cuidadores de sexo femenino. De forma similar, un estudio de 66 cuidadores en Zimbabue constató que dos tercios de ellos tenían dificultades económicas, en especial por aumento del consumo de comida por su familiar (21).

PAPEL DE LAS EVIDENCIAS ECONÓMICAS

Se han aducido motivos morales para lograr una mayor inversión en salud mental, dado el elevado número de individuos afectados y las profundas consecuencias de las enfermedades mentales (22). Es evidente que, en este caso, es necesario sustanciar las necesidades con evidencias de que el aumento en la inversión en salud mental es eficaz para prevenir o tratar trastornos mentales y que ello representa un uso rentable (es decir, representa una favorable relación coste-beneficio) de los escasos recursos de un país. Por su parte, esto genera una necesidad de análisis económicos en apoyo de las decisiones clínicas y estratégicas. Evidentemente, nunca deben tomarse decisiones sólo sobre una base de coste o rentabilidad económica, ya que habi-

tualmente existen otros factores de gran relevancia como la equidad, los derechos humanos y la ética.

Se ha asistido a un incremento significativo de la base de evidencias sobre eficacia y rentabilidad de las intervenciones destinadas al tratamiento de las consecuencias de la falta de salud mental (en particular, los tratamientos farmacológicos) (23-26). Está creciendo el número de análisis económicos en países de ingresos medios y bajos (27-31), aunque la gran mayoría de los estudios procede de países de altos ingresos. No resulta sorprendente que entre 1992 y 2001 sólo el 4% de los artículos en las revistas en las bases de datos *ISI Web of Science* trataba temas de salud mental; de éstos, sólo un 6% procedía de países de ingresos bajos o medios (32). De forma similar, Patel y Kim (33) constataron en su revisión de las publicaciones entre 2002 y 2004 en seis de las más importantes revistas, que sólo el 3,7% de los artículos procedía de países de bajos ingresos. Lamentablemente, las conclusiones concernientes a evaluaciones económicas no pueden transferirse fácilmente de un país a otro, debido a que puede haber grandes diferencias entre las infraestructuras, los recursos, los incentivos y los aspectos culturales. En consecuencia, es necesario desarrollar una base de evidencias de la eficacia y la rentabilidad de las intervenciones en países de ingresos bajos y medios a través de nuevos estudios empíricos. Sin embargo, en la práctica, incluso con una inyección considerable de fondos, esta base de evidencias tardará tiempo en construirse, dadas las restricciones existentes en esos países con respecto a recursos humanos e infraestructura (34).

Entre tanto, ¿cuál es la mejor forma tener en cuenta a la economía en el diseño de las políticas sanitarias? En ausencia de pruebas empíricas, puede ser pertinente utilizar de forma cuidadosa «modelos» económicos destinados a adaptar las intervenciones de probados efectos en países de altos ingresos a las diferentes circunstancias locales y a las estructuras de coste de los países de ingresos medios y bajos. Al respecto, la labor más significativa se está realizando en el Programa CHOICE (Choosing Interventions that are Cost Effective) de la OMS. CHOICE está destinado a evaluar la rentabilidad de una amplia serie de intervenciones que abordan las condiciones que contribuyen de forma significativa a la carga de la enfermedad en una amplia gama de contextos epidemiológicos y geográficos. El objetivo central de este programa es incorporar en el diseño de las políticas públicas la información obtenida (35).

Hasta la fecha, el programa CHOICE ha estudiado la esquizofrenia, el trastorno bipolar, la depresión y el trastorno de angustia. Se ha estimado, por ejemplo, que pueden efectuarse intervenciones rentables por valor de 3-4 dólares *per capita* en países de bajos ingresos, como los pertenecientes a África subsahariana o al Sudeste Asiático, o alrededor de 10 dólares en regiones de ingresos medios, como Europa del Este. Las intervenciones suelen consistir en una combinación típica de antipsicóticos o eutimizantes fuera de patente y tratamiento psicosocial. También se ha estimado que, globalmente, pueden ganarse entre 300 y 500 millones de años vividos con salud por cada millón de dólares adicional invertido. Alrededor de un tercio de las ganancias se obtendría por el tratamiento de los trastornos mentales graves, como esquizofrenia y trastorno bipolar, siendo las intervenciones más rentables las realizadas en depresión y trastornos de angustia (36).

Aun siendo muy loable, el programa CHOICE se ha centrado en gran medida en las intervenciones de atención sanitaria para mejorar la evolución de las enfermedades mentales, pero en los países de altos ingresos se dispone de cada vez más pruebas acerca de la influencia del empleo y de las condiciones de vida sobre la salud mental. Existe una urgente necesidad de evaluar la rentabilidad de las estrategias de prevención y promoción, muchas de las cuales se sitúan fuera del ámbito del sistema de sa-

lud, por ejemplo, en la escuela o el lugar de trabajo. También se dispone de pocos resultados de investigaciones en países de ingresos bajos y medios sobre la manera en que la pobreza y los factores socioeconómicos relacionados con ésta impactan en el éxito de las políticas y las prácticas de salud mental. ¿Es posible incluir estos aspectos en el diseño de las políticas de salud mental?

BARRERAS A LA INVERSIÓN EN SALUD MENTAL

A pesar del considerable impacto adverso de los problemas de salud mental y de los crecientes datos disponibles acerca de la posibilidad de efectuar intervenciones rentables, sigue habiendo muchas dificultades para asegurar que el área de salud mental reciba un nivel adecuado de inversiones en los países de ingresos medios y bajos y que, cuando se dispone de servicios, el acceso a ellos esté libre de obstáculos.

Baja prioridad en las políticas sanitarias

Históricamente, la salud mental no ha sido prioritaria para los responsables de las políticas públicas nacionales y tampoco para los organismos internacionales de financiación. Reflejo de ello es que en su Informe del Desarrollo Mundial de 1993, el Banco Mundial subrayó que los problemas de salud mental contribuían de modo significativo a la carga de la enfermedad, pero su recomendación de un paquete de servicios esenciales (*essential services package*, ESP) mínimos para los servicios de salud no contemplaba los trastornos mentales, ni siquiera a pesar de que la carga global de éstos fuera dos veces la de las enfermedades priorizadas en dicho ESP (tuberculosis y VIH/SIDA) (37). Esta omisión generó diversas críticas y fue abordada en una versión posterior del ESP.

No obstante, hoy en día, sigue siendo cierto que, en países de ingresos medios y bajos, el foco de las políticas de salud (y de la asistencia internacional) lo constituyen las enfermedades transmisibles que dan lugar a una mortalidad prematura, sobre todo el VIH/SIDA, el paludismo y la tuberculosis. Se han lanzado esfuerzos internacionales considerables, como la «3 by 5 Initiative», destinados a ofrecer un mayor acceso a la farmacoterapia a los pacientes con SIDA. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio, de la ONU, reconocen explícitamente la contribución de una buena salud al crecimiento económico e incluyen varios objetivos relacionados con la salud, si bien la salud mental brilla por su ausencia, a pesar de la elaboración de artículos de fondo redactados por la Comisión que hacen hincapié en los fuertes vínculos entre pobreza, falta de crecimiento económico y falta de salud mental (38, 39).

La escasa prioridad otorgada a la salud mental se exagera por el estigma, el que, indudablemente, también ha contribuido a la falta de atención por parte de los responsables de diseñar y ejecutar las políticas y también por parte del gran público, lo que a su vez contribuye a la falta de recursos, la falta de moral del personal, el declive de las instituciones, la falta de liderazgos y la inadecuación de los sistemas de información y de la legislación (40).

Ausencia de evaluación de las políticas basada en las necesidades

Aunque los responsables de las políticas otorgaran una mayor prioridad a la salud mental, una limitación clave para el de-

sarrollo de los servicios y su distribución de modo que satisfagan las necesidades es la falta de datos epidemiológicos. Esta situación no se limita a los países de bajos ingresos: una revisión reciente no pudo encontrar datos adecuados de prevalencia de trastornos mentales en 13 de los 25 Estados miembro de la Unión Europea (41). Lamentablemente, la infraestructura necesaria para aportar este tipo de información no es insignificante.

Además, en la evaluación de las necesidades, es importante no basarse exclusivamente en los datos epidemiológicos. Deben considerarse los puntos de vista de los participantes; todavía sigue siendo raro que las personas con problemas de salud mental y sus familiares o representantes tengan la oportunidad de participar en el proceso de elaboración de políticas de salud o que se les informe acerca de dicho proceso. En consecuencia, existe el riesgo de que las políticas no contemplen medidas que podrían aliviar algunas de las consecuencias de los trastornos mentales, como la pérdida de oportunidades de trabajo o las dificultades educativas. Asimismo, existe el riesgo de que los responsables de las políticas no sepan apreciar los problemas prácticos que surgen al implementar los programas.

Diagnóstico de los trastornos

Los profesionales de la atención primaria pueden carecer de la formación para reconocer los problemas de salud mental. En especial, la depresión se reconoce poco (y, por lo tanto, se trata poco) en muchos países de bajos ingresos (42). Un estudio efectuado en Zimbabwe sugiere que más del 90% de los trabajadores de atención primaria reconoce las deficiencias para reconocer la depresión, así como deficiencias en el conocimiento de su tratamiento (43). A la falta de conocimientos entre los profesionales de la salud puede añadirse la estigmatización de la enfermedad mental; algunos estudios indican que muchos profesionales creen que este tipo de enfermedades no existe o no puede tratarse (44). La estigmatización también puede evidenciarse en que sólo se traten los síntomas físicos o las enfermedades comórbidas, y no la enfermedad mental subyacente.

Recursos insuficientes

Los países que, en conjunto, poseen más de 2.000 millones de habitantes gastan menos del 1% de su presupuesto total de salud pública en atención de la salud mental (45). La mayoría de los países de África entra dentro de esta categoría. Únicamente el 51% de la población mundial de los países de bajos ingresos tiene acceso a cualquier servicio de atención comunitaria (45). Se dispone de pocos datos sobre la utilización de los servicios de salud mental, pero al menos el 85% de las personas con graves problemas de salud mental no recibe tratamiento en ningún período de 12 meses en algunos países de bajos ingresos (46). En un estudio reciente basado en la comunidad de Nigeria se constató que sólo el 9% de las personas con trastornos del DSM-IV recibía algún tipo de tratamiento formal para sus problemas de salud mental durante un período de un año (47). En San Pablo, Brasil, en donde la amplia mayoría de las personas con esquizofrenia está cubierta por el sistema público, se ha estimado que más del 70% sigue sin hacer uso de los servicios (48).

Incluso en los casos en que existe un compromiso político para derivar fondos a la salud mental, la magnitud de los recursos disponibles dependerá del estado de la economía. De este modo, aunque se derive más del 5% del presupuesto sanitario total a la salud mental, esto no supondrá una gran cantidad en cuanto a los recursos globales si el monto global de ingresos es

bajo. La necesidad de mantener controladas las finanzas públicas o de pagar préstamos externos puede determinar recortes en los servicios públicos; los servicios de salud mental pueden ser especialmente vulnerables en estas circunstancias.

El acceso a la farmacoterapia sigue siendo limitado: en todo el mundo, la OMS observó que, en 2001, el 20% de todos los países no estaba ofreciendo al menos un antidepresivo (amitriptilina), un antipsicótico (clorpromazina) o un antiepiléptico (fenitoína) (45). Es poco probable que esta situación mejore con el acuerdo Trade Related Intellectual Property Rights (TRIP) de la World Trade Organization (WTO). Bajo este acuerdo, ningún país puede producir versiones bioequivalentes genéricas baratas de fármacos patentados y, además, el fabricante debe establecer el precio de los fármacos patentados (49). Si bien existen algunas exenciones a estas reglas para las emergencias nacionales y las enfermedades que suponen riesgo de muerte, no existen exenciones para los trastornos mentales. Además, se ha firmado una serie de acuerdos de libre comercio bilateral entre EE.UU. y algunos países en desarrollo. Estos acuerdos pueden ser incluso más estrictos que los TRIP, por ejemplo, ampliando el período de protección de la patente (50). También se plantean problemas en cuanto a los recursos humanos, en especial porque los países de menores recursos deben competir con los países ricos, que pueden ofrecer mejores salarios y mejores condiciones a los profesionales de la salud de los primeros países.

Los países de ingresos medios de la antigua Unión Soviética se enfrentan a problemas diferentes, aunque igualmente pertinentes. En este caso, los principales problemas siguen siendo la elevada tasa de suicidios y los trastornos relacionados con el alcohol, que puede proceder en parte de la rápida transición económica y social (51). Los servicios de salud mental existentes se encuentran bajo una enorme presión conforme disminuyen los recursos públicos para los servicios de salud. Además, los seguros médicos privados complementarios contratados por muchas personas para cubrir las lagunas de los sistemas de atención sanitaria basados en impuestos no suelen cubrir los problemas de salud mental a largo plazo.

Barreras económicas al acceso

Los presupuestos extremadamente limitados de salud mental en muchos países de ingresos medios y bajos significan inevitablemente que el acceso a muchos servicios depende del pago directo en el momento de su utilización. Alrededor del 40% de los países de ingresos bajos ha referido que los pagos directos constituyen su principal forma de financiación de la atención de salud mental, en comparación con sólo el 3% de los países de ingresos altos (45). Incluso esta cifra del 40% es sin duda conservadora, ya que no considera los costes que se desprenden de consultas con sanadores tradicionales. La dependencia de pagos directos es ineficaz e inequitativa, ya que desalienta a aquellos con escasos ingresos a utilizar los servicios, lo que es especialmente preocupante dada la estrecha relación entre pobreza y falta de salud mental (52). Pagar por los servicios puede llevar a la pobreza o al endeudamiento de las familias, si recurren al dinero de prestamistas en términos desfavorables. De este modo, se pierde la oportunidad de reducir algunos de los factores externos asociados a la falta de salud mental.

Optimización del uso de los recursos disponibles

Knapp *et al.* han detallado en otro contexto una serie de problemas que se plantean cuando se utilizan los recursos (53). Si

bien estas barreras también son aplicables a los sistemas de salud en general, es probable que sea más complicado superarlas en el contexto de la salud mental. De hecho, su impacto puede ser máximo en países de ingresos medios y bajos, donde los recursos humanos y económicos son escasos y donde existe mucha competencia por la demanda de los recursos disponibles.

Dos de estas barreras ya se han comentado: la falta de información sobre eficacia y rentabilidad y el limitado monto de recursos destinados al tratamiento y a la atención de la salud mental. Otro factor clave es la falta de distribución de los recursos disponibles que, a menudo, se concentran claramente en las áreas urbanas. La distancia que se debe recorrer para llegar a las instalaciones de salud mental basadas en la comunidad puede ser considerable: en un estudio de la India, un motivo clave para la falta de uso continuado de la medicación antipsicótica fue la necesidad de los individuos de tener que desplazarse más de 10 km para acceder al servicio de atención sanitaria más cercano (19). En algunas áreas rurales de Sudáfrica, sólo hay un psiquiatra para una población de 5 millones de personas (54). El cambio de los patrones de migración, en particular de las comunidades rurales a las zonas urbanas, también puede actuar como barrera para mantener el tratamiento. La migración estacional en la India es significativa, estimando el Estudio de Muestreo Nacional de 1999-2000 que 8,64 millones de personas migran durante períodos cortos estacionales (55). Los recursos también pueden distribuirse ineficazmente a través de los diferentes trastornos o necesidades. Históricamente, por ejemplo, en los sistemas de salud de los países en desarrollo, la depresión no se ha considerado como una prioridad, en comparación con la esquizofrenia (56).

Asimismo, existe el problema de que los recursos se utilicen de forma inadecuada para apoyar a aquellos servicios que no coinciden con las necesidades epidemiológicas o con las preferencias de los usuarios de los servicios o con los datos disponibles y comprobados acerca de la eficacia y la rentabilidad. La OMS (54) ha recomendado el desarrollo de sistemas de salud mental dirigidos por los sistemas de atención primaria, allí donde la salud mental se encuentra completamente integrada en los sistemas de salud; es poco probable que los países que continúan dependiendo enormemente de la atención basada en instituciones ofrezcan un conjunto apropiado de servicios.

La inflexibilidad de los recursos también se relaciona con este problema: puede ser complicado reorganizar y desplazar los recursos para que cubran mejor las necesidades de la población. El sistema de salud puede estar muy burocratizado, con pocas oportunidades para la descentralización o el control local de los fondos. En países en los que la mayor parte de los recursos está «encerrada» en un sistema altamente institucionalizado, como en la antigua Unión Soviética, puede resultar extremadamente complicado liberar recursos de las instituciones para subvencionar las alternativas basadas en la comunidad (57).

La captación de servicios comunitarios de extensión también puede ser deficiente debido a dificultades relacionadas con la imposibilidad de asegurarse la alimentación (en función de la pobreza), la falta de transporte y los recursos económicos. Para asegurar que un curso de tratamiento se complete con éxito, debe asegurarse que los pacientes o sus familiares puedan proveer a su propia alimentación: un estudio en Zimbabwe sugirió que más del 10% de los cuidadores familiares no podía sufragar la comida adicional necesaria para parientes con problemas de salud mental (21). Por lo tanto, es importante asegurar que no se pierdan los recursos no utilizados y, además, que los que deciden las políticas de salud no sólo piensen en estrategias clínicas, sino también en los factores que puedan limitar el uso de los servicios.

Cuando la responsabilidad está descentralizada, como en India, las estructuras gubernamentales locales deben tener capacidad para asegurar que los fondos se destinen a la salud mental. Los recursos disponibles deben distribuirse en diferentes áreas, además del área de salud, como las áreas de educación, empleo y bienestar social. La falta de coordinación y cooperación entre los gobiernos centrales y locales y las ONG puede obstaculizar el desarrollo de servicios flexibles. En Zambia, por ejemplo, el colapso de los servicios primarios y comunitarios de salud mental ha sido atribuido a una falta de coordinación (58).

Los que deciden las políticas deben ser conscientes de que la reorganización de los servicios existentes o una mayor inversión no necesariamente redundarán en mejoras inmediatas en la evolución de los problemas de salud mental. La inversión en el desarrollo de grupos y equipos de trabajo puede tardar varios años en optimizar los tratamientos y la calidad de la atención. Por ello, los responsables de las políticas públicas suelen concentrarse en aquellas áreas del sistema de salud en las que los beneficios sean más visibles e inmediatos, aunque no constituyan áreas de atención prioritaria. Un tema relacionado es la necesidad de asegurar a largo plazo el suministro de los servicios, de forma que los individuos vulnerables reciban la atención sanitaria en sus comunidades durante el tiempo que sea necesario.

AFRONTANDO LAS DIFICULTADES

Una necesidad evidente es aumentar los conocimientos sobre la eficacia y la rentabilidad de las intervenciones en el tratamiento de los síntomas de salud mental. También es importante mejorar el conocimiento sobre las necesidades de la población, encontrar maneras asequibles y rentables de ofrecer formación a los profesionales de salud mental, especialmente a los que trabajan en contextos de atención primaria, y lanzar iniciativas de concienciación y medidas para combatir la discriminación, a fin de evitar algunas de las consecuencias del estigma. Si se cubre el déficit de información y conocimiento en las áreas señaladas y se utilizan de forma más eficiente los escasos recursos se dispondrá, a su vez, de argumentos más fuertes para fundamentar la necesidad de efectuar inversiones en el área de salud mental.

También sería útil disponer de un mayor conocimiento acerca de la forma en que se decide la asignación de recursos a la salud mental y a otras áreas prioritarias de la salud. En muchas circunstancias en las que los presupuestos de salud nacional son escasos, existe una elevada dependencia de un aporte externo de fondos para programas de salud. En el caso de que se llegue a programar la realización de más inversiones en salud mental, sería útil disponer de información acerca de la forma en que los programas de financiación externa y las organizaciones de ayuda internacional establecen las prioridades en salud y en otros sectores. Otro aspecto deseable sería dar la oportunidad, a los usuarios de los servicios de salud mental y a todos los sectores implicados en el suministro de los servicios, de participar en los proyectos Poverty Strategy Reduction Papers, en particular porque muchos de éstos se centran casi exclusivamente en la salud física.

Las iniciativas que han ayudado a hacer hincapié en la integración de los objetivos de salud física y mental en diferentes ámbitos también pueden ayudar a crear motivos para derivar mayores recursos a los programas de salud mental. La inversión en salud mental también puede resultar beneficiosa para la salud física. Una mayor implicación con las principales ONG que se centran en temas de salud física podría animarlas a participar en programas de salud mental y psicosociales que serían en beneficio mutuo. En una revisión exploratoria de 19 ONG interna-

cionales con base en el RU se ha llegado a la conclusión de que muchas opinaban que no disponían de las capacidades para cumplir las necesidades de salud mental y estaban a favor de una mayor colaboración con las ONG especializadas en el campo de la salud mental (59).

También es importante expandir el papel del análisis económico, para abordar la rentabilidad potencial de las iniciativas para afrontar los factores de riesgo macroeconómico de la falta de salud mental, como las malas condiciones de vida, la inseguridad económica, la rápida transición económica y los bajos niveles de educación. Por ejemplo, ¿qué beneficios para la salud mental pueden alcanzarse a través de un esquema de créditos en condiciones convenientes, destinados a países de bajos recursos? También en este caso, los beneficios de este tipo de iniciativas no se limitarían exclusivamente a la salud mental, de forma que sería conveniente sostener un enfoque asociativo, que contemplara todos los beneficios de la aplicación del esquema, y no sólo los relacionados con la salud en general y con la salud mental en particular.

Otro aspecto importante es la forma de suministrar intervenciones eficaces o canalizar los fondos hacia las actividades relacionadas con la salud mental. En este caso, el tema es la organización y la financiación de los sistemas de salud pública (y otros sistemas). Se dispone de una amplia bibliografía que trata sobre enfoques para abordar la fragmentación del suministro de servicios y la necesidad de coordinar los servicios de diferentes sectores (53).

No se pueden transferir simplemente los fondos desde un sistema basado inadecuadamente en una atención institucional (y, fundamentalmente, a través de una estancia prolongada) a alternativas basadas en la comunidad. A corto y medio plazo, se precisan fondos adicionales para continuar haciendo funcionar los servicios existentes hasta desarrollar nuevos servicios basados en la comunidad y hasta que éstos sean operativos. También deben seguir desarrollándose las iniciativas pragmáticas que procuren asegurar que las instituciones de estancia prolongada existentes cuenten con los fondos suficientes para su transformación y, al mismo tiempo, ofrecer servicios de atención primaria de la salud mental, como en el hospital Butabika de Uganda (60).

La dependencia del pago directo constituye una importante barrera para acceder al tratamiento, y los países deben invertir esfuerzos para desarrollar sistemas de financiación de la salud basados en impuestos o en esquemas de prepago de seguros sociales. Sin embargo, un reto importante es que, en países de ingresos bajos, faltan estructuras para la recaudación de fondos (52). En estos casos, podrían lograrse avances con iniciativas menos ambiciosas, como esquemas de seguros de la comunidad local.

También debe prestarse atención a los mecanismos de suministro de servicios. Si bien el programa CHOICE tiene en cuenta la tasa de captación de servicios, pocas evaluaciones económicas realizadas en países de ingresos medios y bajos han considerado este tema. ¿Cuáles son las barreras para el uso de los servicios, como la falta de medios de transporte? ¿Sería prudente abordar estas barreras? Y, en caso afirmativo, ¿cómo hacerlo? Las ONG suministran muchos servicios, pero existe poca información sobre la calidad, la eficacia y la rentabilidad de los servicios que ofrecen. ¿Podrán ofrecer en estos países (como lo han hecho en los países de ingresos altos) servicios innovadores y flexibles que satisfagan las necesidades de las poblaciones locales de una forma que le resulta imposible a los servicios públicos? (61). ¿Cuáles son los resultados cuando se comparan los programas de las ONG y las alternativas públicas y privadas (con fines de lucro)? ¿Podrá lograrse una mayor aceptación y un mayor uso de los servicios, en comparación con los programas di-

rigidos por el gobierno, mediante la participación de las comunidades locales, quizás a través de la participación de voluntarios? ¿Qué tipo de organizaciones podrá asumir tales responsabilidades? Éstas son cuestiones clave que se comentarán a continuación.

Papel de las ONG en el campo de la salud mental

Muchos países refieren que tienen algunas ONG trabajando en el campo de la salud mental. Los primeros en ofrecer este tipo de atención en muchos países fueron los servicios de salud coordinados por diferentes iglesias o grupos religiosos (misiones), mientras que las ONG laicas (internacionales o nacionales) han empezado a desempeñar un papel significativo más recientemente. Estas organizaciones se autofinancian o reciben apoyos de los gobiernos locales, organismos internacionales u otras ONG. Algunas de ellas también realizan importantes funciones en la formación, la provisión de recursos o la defensa de determinados grupos poblacionales.

Internacionalmente, resulta difícil encontrar ONG específicamente centradas en las problemáticas de salud mental. Un estudio reciente ha examinado ONG que ofrecen servicios de urgencias en salud mental tras catástrofes, así como servicios de desarrollo (servicios de atención para personas con distinto tipo de discapacidades). De las 119 organizaciones de habla inglesa enumeradas en la página Web de las Naciones Unidas www.reliefweb.int, únicamente 55 (46%) han indicado que están implicadas en programas de salud mental. Entre ellas, 47 participan en al menos un programa de desarrollo a largo plazo, pero sólo cuatro ofrecen un programa de salud mental integral internacional (62).

Existen importantes excepciones, como el programa de salud mental del Carter Center con base en EE.UU. y del Mental Disability Advocacy Centre, con sede en Budapest. Este tipo de organizaciones no sólo crean y distribuyen fondos para la salud mental, sino que también ayudan a suministrar servicios. Otro ejemplo es Basic Needs, que trabaja en asociación con unidades sanitarias gubernamentales para ayudar a suministrar servicios de atención primaria de la salud mental en diversos lugares en siete países en África y Asia (Ghana, Kenya, India, República Democrática Popular de Laos, Sri Lanka, Tanzania y Uganda).

Las ONG pueden abordar algunas de las barreras que dificultan el desarrollo y la implementación de políticas de salud mental, por ejemplo, ayudando a aumentar la conciencia de la importancia de la salud mental y estimulando la demanda de acceso a los servicios en comunidades de bajos ingresos. A menudo, se recurre a un enfoque basado en las fuerzas básicas de la comunidad y en el desarrollo comunitario, lo que supone principalmente la implicación activa de los usuarios de los servicios y sus familias, debido a las dificultades para traducir lo expresado en las altas esferas políticas en acciones concretas en la comunidad (63).

El modelo de asociación comunitaria que a menudo adoptan las ONG puede ayudar a construir un capital social en las comunidades, que respalde y apoye el trabajo de los centros de atención primaria de la salud. Se puede formar a trabajadores de la salud y a voluntarios locales, provenientes de las propias comunidades, para que realicen un seguimiento de los usuarios del servicio, a fin de asegurar el cumplimiento de los tratamientos farmacológicos, controlar los efectos secundarios y las recaídas, así como mantener y actualizar las historias clínicas. Las ONG también pueden actuar como puente entre los sanadores tradicionales y la medicina convencional. Por ejemplo, Basic Ne-

eds trabaja activamente en coordinación con los sanadores tradicionales en Ghana del Norte, y algunos de estos sanadores han empezado posteriormente a derivar a algunas personas con problemas de salud mental al personal de los servicios de salud.

Este tipo de asociaciones entre las ONG y los sectores reconocidos por la comunidad ofrece la oportunidad a los profesionales de la salud, en especial a las enfermeras psiquiátricas, de mejorar sus conocimientos y habilidades. El contacto permanente con los psiquiatras también puede ayudar a estos trabajadores de la salud a desarrollar un conocimiento más profundo acerca de las formas de satisfacer las necesidades de salud mental en el contexto comunitario. A través de un mayor contacto con las personas con problemas de salud mental en los centros locales de atención primaria de la salud, el personal sanitario local puede dirigirse a las instancias locales o regionales para solicitar fármacos y otros servicios que requiera esa comunidad, poniendo de manifiesto en muchas ocasiones necesidades y requerimientos locales previamente ocultos.

Las asociaciones con ONG también pueden resultar útiles para los responsables de los servicios de salud mental públicos. Pueden actuar como catalizadores para responder a las necesidades de una mayor inversión que, a menudo, existen desde hace tiempo. Por ejemplo, en un país en el que opera Basic Needs, un jefe de Psiquiatría de un servicio local tenía la esperanza de que el establecimiento de un programa de salud mental y desarrollo ayudara a llevar la problemática de salud mental hasta la agenda gubernamental. Este enfoque de asociación ha empezado a dar gradualmente sus frutos, por ejemplo, un compromiso de 55 millones de chelines de Uganda (alrededor de 30.157 dólares) para la salud mental en Kampala y un proyecto conjunto del Banco Mundial y el Ministerio de la Salud de Sri Lanka, realizado con ayuda de Basic Needs, para desarrollar una asociación comunitaria en las provincias de Uva y del Noroeste, en dicho país.

CONCLUSIONES

Los problemas de salud mental contribuyen de forma crucial a la carga global de enfermedades, se asocian a mortalidad prematura y a un impacto socioeconómico profundo en los individuos y generan un coste considerable para la economía. A pesar de la disponibilidad de intervenciones que ya han demostrado una favorable relación coste-efectividad en países de ingresos elevados (y un creciente número de datos que prueban su rentabilidad en países de ingresos bajos y medios), la promoción y la atención de la salud mental se ha desatendido en gran medida, si se compara con los costes de las inversiones realizadas para intervenciones destinadas al tratamiento de enfermedades físicas. Aun disponiendo de fondos, el acceso a los servicios y su utilización suelen ser escasos, incluso aunque los sistemas de pago sean justos y equitativos (lo cual, por lo general, no suele ocurrir).

Una combinación de factores, algunos casi exclusivamente asociados a los problemas de salud mental, ha contribuido a estas inequidades. La estigmatización, la falta de capacitación con respecto a las peculiaridades de una población altamente vulnerable, el abuso de los derechos humanos individuales y la resistencia a modificar el destino histórico de los recursos han perpetuado una situación en la que, en gran medida, se pierden las oportunidades de prevenir y aliviar los problemas de salud mental.

Superar estos retos requiere una estrategia multidimensional. El análisis económico de la rentabilidad de las intervenciones puede desempeñar un papel en esta estrategia. Este tipo de análisis debe ver más allá de las intervenciones dirigidas exclusiva-

mente a los síntomas de los trastornos mentales; también se precisa una mayor comprensión del sistema sanitario (definido ampliamente) y de los contextos culturales y socioeconómicos en los que se realizan las intervenciones. El análisis económico también precisa más estrategias holísticas para dirigirse a los factores de riesgo de una salud mental deficitaria, como pobreza, falta de acceso a créditos convenientes, y deserción escolar. Las estrategias eficaces ofrecerán beneficios que van más allá de la salud mental, y la asociación con otros grupos es valiosa, como con aquellos que trabajan en enfermedades transmisibles.

El análisis del proceso de implementación práctica de las políticas sanitarias también puede ser útil. En países en los cuales los sistemas de salud gubernamentales son débiles o disponen de pocos fondos y en los que la salud mental apenas es una prioridad, las ONG pueden desempeñar un papel crucial. Si se evaluarán más sistemáticamente algunos de los beneficios del trabajo conjunto de los servicios de salud y las ONG, se podrían encontrar más argumentos para fundamentar las inversiones en salud mental. Los organismos internacionales han trabajado durante mucho tiempo y con cierto éxito en campos como el de la malaria, la tuberculosis, el VIH/SIDA y la salud materna e infantil. Entonces, ¿cuál es la diferencia con los problemas de la salud mental en la misma localidad y, a menudo, en las mismas familias? Las experiencias más recientes del trabajo de las ONG, como el realizado por Basic Needs, indica que los esfuerzos con pocos recursos pueden tener un cierto impacto, lo que, por su parte, sugiere que la desatención de personas con problemas de salud mental en países de bajos ingresos no constituye un problema insuperable, tal como en ocasiones parece sostenerse desde el ámbito político.

Quizá la diferencia clave entre los trastornos mentales y otros problemas de la salud es que los primeros no suelen considerarse como una prioridad porque se perciben como menos peligrosos para la vida. Con demasiada frecuencia la atención de los responsables políticos locales sólo se dirige hacia la salud mental tras una terrible tragedia como la del Tsunami asiático o un acontecimiento local importante como el fuego en Erawadi, India. Este último provocó la muerte de 25 personas que habían quedado atrapados con cadenas en una residencia psiquiátrica privada. Una comisión creada posteriormente impulsó cambios en las políticas públicas de salud mental y nuevas iniciativas tanto en el ámbito nacional como en los contextos locales, en las ONG, e incluso en la Corte Suprema de la India. No obstante, conforme estos acontecimientos van desvaneciéndose de la memoria, resulta habitual que la salud mental deje de encontrarse entre las prioridades de los gobiernos y las ONG. La transmisión del mensaje de que la inversión en salud mental puede generar beneficios para la economía y para la calidad de vida resulta crucial para su inclusión en la agenda del desarrollo económico. No se trata de una tarea sencilla, ya que las barreras para una atención eficaz en salud mental empiezan con las barreras en la mente.

World Psychiatry 2008; 7:79-86

Bibliografía

1. World Health Organization. The world health report 2001. Mental health: new understanding, new hope. Geneva: World Health Organization, 2001.
2. European Commission. Improving the mental health of the population: towards a strategy on mental health for the European Union. Green Paper. Brussels: Health and Consumer Protection Directorate, European Commission, 2005.
3. World Health Organization. Mental health declaration for Europe. Facing the challenges, building solutions. Copenhagen: World Health Organization, 2005.
4. Muijen M. Challenges for psychiatry: delivering the Mental Health Declaration for Europe. *World Psychiatry* 2006;5:113-7.
5. President's New Freedom Commission on Mental Health. Achieving the promise: transforming mental health care in America. Rockville: President's New Freedom Commission on Mental Health, 2003.
6. New Zealand Ministry of Health. Te Tāhuhu – Improving mental health 2005 – 2015: the second New Zealand mental health and addiction plan. Wellington: New Zealand Ministry of Health, 2005.
7. Saraceno B. The WHO's mental health response to the Asian tsunami. *World Psychiatry* 2005;4:66-7.
8. Murray C, Lopez A. The global burden of disease. Boston: Harvard School of Public Health, WHO and the World Bank, 1996.
9. Gureje O, Olley BO, Ephraim-Oluwanuga O et al. Do beliefs about causation influence attitudes to mental illness? *World Psychiatry* 2006;5:104-7.
10. Patel V, Kirkwood BR, Pednekar S et al. Risk factors for common mental disorders in women. Population-based longitudinal study. *Br J Psychiatry* 2006;189:547-55.
11. Araya R, Rojas G, Fritsch R et al. Common mental disorders in Santiago, Chile: prevalence and socio-demographic correlates. *Br J Psychiatry* 2001;178:228-33.
12. Patel V, Araya R, de Lima M et al. Women, poverty and common mental disorders in four restructuring societies. *Soc Sci Med* 1999; 49:1461-71.
13. Prince M, Patel V, Saxena S et al. No health without mental health. *Lancet* 2007;370:859-77.
14. Cournos F, McKinnon K, Wainberg M. What can mental health interventions contribute to the global struggle against HIV/AIDS? *World Psychiatry* 2005;4:135-41.
15. Collins PY, Holman AR, Freeman MC et al. What is the relevance of mental health to HIV/AIDS care and treatment programs in developing countries? A systematic review. *AIDS* 2006;20:1571-82.
16. Kirigia JM, Sambo LG. Cost of mental and behavioural disorders in Kenya. *Ann Gen Hosp Psychiatry* 2003;2:7.
17. World Bank. Kenya data profile. Washington: World Bank, 2007.
18. Grover S, Avasthi A, Chakrabarti S et al. Cost of care of schizophrenia: a study of Indian out-patient attenders. *Acta Psychiatr Scand* 2005;112:54-63.
19. Srinivasa Murthy R, Kishore Kumar KV, Chisholm D et al. Community outreach for untreated schizophrenia in rural India: a follow-up study of symptoms, disability, family burden and costs. *Psychol Med* 2005;35:341-51.
20. Shibre T, Kebede D, Alem A et al. Schizophrenia: illness impact on family members in a traditional society - rural Ethiopia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003;38:27-34.
21. Nyati Z, Sebit MB. Burden of mental illness on family members, care-givers and the community. *East Afr Med J* 2002;79:206-9.
22. Patel V, Saraceno B, Kleinman A. Beyond evidence: the moral case for international mental health. *Am J Psychiatry* 2006;163:1312-5.
23. Knapp M, Simon J, Percudani M et al. Economics of schizophrenia: a review. In: Maj M, Sartorius N (eds). *Schizophrenia*. Chichester: Wiley, 2002:407-54.
24. Knapp M, Mangalore R, Simon J. The global costs of schizophrenia. *Schizophr Bull* 2004;2:297-93.
25. Barrett B, Byford S, Knapp M. Evidence of cost-effective treatments for depression: a systematic review. *J Affect Disord* 2005;84:1-13.
26. Romeo R, Byford S, Knapp M. Economic evaluations of child and adolescent mental health interventions: a systematic review. *J Child Psychol Psychiatry* 2005;46:919-30.
27. 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* 2003;361:33-9.
28. Araya R, Flynn T, Rojas G et al. Cost-effectiveness of a primary care treatment program for depression in low-income women in Santiago, Chile. *Am J Psychiatry* 2006;163:1379-87.
29. Chisholm D, Sekar K, Kumar KK et al. Integration of mental health

- care into primary care. Demonstration cost-outcome study in India and Pakistan. *Br J Psychiatry* 2000;176:581-8.
30. Gillis LS, Koch A, Joyi M. The value and cost-effectiveness of a home-visiting programme for psychiatric patients. *S Afr Med J* 1990; 77:309-10.
 31. Gureje O, Chisholm D, Kola L et al. Cost-effectiveness of an essential mental health intervention package in Nigeria. *World Psychiatry* 2007;6:42-8.
 32. Saxena S, Paraje G, Sharan P et al. The 10/90 divide in mental health research: trends over a 10-year period. *Br J Psychiatry* 2006; 188:81-2.
 33. Patel V, Kim YR. Contribution of low and middle income countries to research published in leading general psychiatry journals, 2002-2004. *Br J Psychiatry* 2007;190:77-8.
 34. Soltani A, Moayyeri A, Raza M. Impediments to implementing evidence-based mental health in developing countries. *Evid Based Ment Health* 2004;7:64-6.
 35. Hutubessy R, Chisholm D, Edejer TT. Generalized cost-effectiveness analysis for national-level priority-setting in the health sector. *Cost Eff Resour Alloc* 2003;1:8.
 36. Chisholm D, on behalf of WHO-CHOICE. Choosing cost effective interventions in psychiatry: results from the CHOICE programme of the World Health Organization. *World Psychiatry* 2005;4:36-44.
 37. World Bank. World development report 1993. Investing in health. New York: Oxford University Press, 1993.
 38. Whiteford H, Teeson M, Scheurer R et al. Responding to the burden of mental illness. Commission on Macroeconomics and Health, Paper 12. Washington: World Health Organization, 2001.
 39. Bir A, Frank R. Mental illness and the labour market in developing countries. Commission on Macroeconomics and Health, Paper 6. Washington: World Health Organization, 2001.
 40. Jenkins R. Supporting governments to adopt mental health policies. *World Psychiatry* 2003;2:14-9.
 41. Wittchen H-U, Jacobi F. Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies. *Eur Neuropsychopharmacol* 2005;15:357-76.
 42. Patel V. The need for treatment evidence for common mental disorders in developing countries. *Psychol Med* 2000;30:743-6.
 43. Abas M, Mbengeranwa OL, Chagwedera IV et al. Primary care services for depression in Harare, Zimbabwe. *Harv Rev Psychiatry* 2003;11:157-65.
 44. Nasir LS, Al-Qutob R. Barriers to the diagnosis and treatment of depression in Jordan. A nationwide qualitative study. *J Am Board Fam Pract* 2005;18:125-31.
 45. Saxena S, Sharan P, Garrido Cumbreira M et al. World Health Organization's Mental Health Atlas 2005: implications for policy development. *World Psychiatry* 2006;5:179-84.
 46. Wang PS, Angermeyer M, Borges G et al. Delay and failure in treatment seeking after first onset of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry* 2007;6:177-85.
 47. Gureje O, Lasebikan VO. Use of mental health services in a developing country. Results from a Nigerian survey of mental health and well-being. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2006;41:44-9.
 48. Leitaó RJ, Ferraz MB, Chaves AC et al. Cost of schizophrenia: direct costs and use of resources in the State of Sao Paulo. *Rev Saude Publica* 2006;40:304-9.
 49. World Trade Organization and World Health Organization. WTO agreements and public health. Geneva: World Trade Organization, 2002.
 50. Correa CM. Implications of bilateral free trade agreements on access to medicines. *Bull World Health Organ* 2006;84:399-404.
 51. Brainerd E. Economic reform and mortality in the former Soviet Union: a study of the suicide epidemic in the 1990s. *European Economic Review* 2001;45:1007-19.
 52. Dixon A, McDaid D, Knapp M et al. Financing mental health services in low and middle income countries: equity and efficiency concerns. *Health Policy and Planning* 2006;21:171-82.
 53. Knapp M, Funk M, Curran C et al. Economic barriers to better mental health practice and policy. *Health Policy and Planning* 2006;21:171-82.
 54. World Health Organization. Investing in mental health. Geneva: World Health Organization, 2003.
 55. National Sample Survey Organization. Migration in India. 1999-2000. New Delhi: Ministry of Statistics and Programme Implementation, Government of India, 2001.
 56. Abas M, Broadhead J. Mental disorders in the developing world. *BMJ* 1994;308:1052-3.
 57. McDaid D, Samyshkin Y, Jenkins R et al. Health system factors impacting on delivery of mental health services in Russia: multi-methods study. *Health Policy* 2006;79:144-52.
 58. Mayeya J, Chazulwa R, Mayeya PN et al. Zambia mental health country profile. *Int Rev Psychiatry* 2004;16:63-72.
 59. Gilbert J. UK NGOs and international mental health: an exploratory review. www.janegilbert.co.uk, 2005.
 60. Njenga F. Challenges of balanced care in Africa. *World Psychiatry* 2002;1:96-8.
 61. Kendall J, Knapp M, Forder J. Social care and the nonprofit sector in the western developed world. In: Powell W, Steinberg R (eds). *The non-profit sector research handbook*, 2nd ed. New Haven: Yale University Press, 2006:415-31.
 62. Sanchez SH, Katz CL. International disaster mental health services: a survey. *Psychiatr Serv* 2006;57:420-1.
 63. Cutler P, Hayward R. Stakeholder involvement: a challenge for intergovernmental organisations. *J Publ Ment Health* 2006;5:14-7.

Pasos, retos y lecciones en el desarrollo de servicios comunitarios de atención de salud mental

GRAHAM THORNICROFT¹, MICHELE TANELLA¹, ANN LAW¹

¹Health Service and Population Research Department, Institute of Psychiatry, King's College London, London, UK

²Department of Medicine and Public Health, Section of Psychiatry and Clinical Psychology, University of Verona, Italy

Este artículo resume la experiencia acumulada en el desarrollo de servicios comunitarios de salud mental en Inglaterra e Italia durante los últimos 20-30 años. A partir de ello, hemos concluido provisionalmente que los siguientes aspectos son cruciales para el desarrollo de servicios comunitarios de salud mental equilibrados: a) los servicios deben reflejar las prioridades de sus usuarios y de los cuidadores de éstos; b) los datos disponibles respaldan la necesidad de servicios tanto hospitalarios como comunitarios; c) los servicios han de situarse cerca de los hogares; d) algunos servicios han de ser dinámicos, más que estáticos; e) las intervenciones han de centrarse tanto en los síntomas como en las discapacidades, y f) el tratamiento ha de estar adaptado específicamente a las necesidades individuales. En este artículo se abordan los diez retos clave a los que a menudo se enfrentan aquellos que intentan desarrollar servicios comunitarios de salud mental: a) tratar con la ansiedad y la incertidumbre; b) compensar una posible falta de estructura en los servicios de comunidad; c) aprender a iniciar nuevos desarrollos; d) controlar la resistencia al cambio dentro del sistema de salud mental; e) responder a la oposición del vecindario; f) negociar los obstáculos económicos; g) sortear la rigidez del sistema; h) superar límites y barreras; i) mantener la moral del personal, y j) crear servicios adecuados a la localidad, más que buscar la «respuesta correcta» en otro lugar.

Palabras clave: atención comunitaria, servicios comunitarios de salud mental, servicios de Psiquiatría

Tres elementos pueden servir como guía para mejorar los servicios de salud mental: ética, evidencias y experiencia (1). En nuestra opinión, cuando se planea un servicio comunitario de salud mental, es preferible empezar por establecer los principios que dirigirán el desarrollo de los nuevos servicios. Estos principios pueden formularse como una *triangulación*, es decir, la relación entre los tres elementos señalados: la base ética, la base de evidencias y la base de experiencia, para crear las circunstancias más favorables para el cambio.

En este artículo se presentan los aspectos clave que surgen de la práctica clínica cotidiana, de forma que éstos puedan ayudar a implantar una mejor atención de salud mental. En consecuencia, se abordará sólo uno de los tres elementos clave mencionados, *la base de experiencia*, que ha sido relativamente poco abordada en la bibliografía. Se organizarán los hallazgos principales alrededor de diez retos clave a los que a menudo tienen que enfrentarse aquellos que intentan crear o mejorar los servicios comunitarios de salud mental. El punto de partida en este artículo es nuestra experiencia acumulada en el desarrollo de servicios comunitarios de salud mental en Inglaterra e Italia en los últimos 20-30 años.

MARCO A PARTIR DE LA EXPERIENCIA

A partir de nuestra experiencia, hemos llegado provisionalmente a la conclusión de que los siguientes aspectos son crucia-

les para el desarrollo de servicios de salud mental equilibrados (2): *a)* el servicio debe reflejar las prioridades de sus usuarios y de los cuidadores de éstos; *b)* los datos disponibles corroboran la necesidad de servicios tanto hospitalarios como comunitarios; *c)* el servicio debe situarse cerca de los hogares; *d)* algunos servicios han de ser dinámicos, más que estáticos; *e)* las intervenciones deben centrarse tanto en los síntomas como en las discapacidades; *f)* el tratamiento ha de adaptarse específicamente a las necesidades individuales.

DESARROLLO DE UN SERVICIO INTEGRAL GENERAL DE ATENCIÓN DE SALUD MENTAL PARA ADULTOS

Dentro del contexto amplio de estas directrices, se analizarán a continuación las principales categorías de servicios, necesarias para una atención integral. Hemos propuesto que existen cinco categorías clave de servicio, todas necesarias para ofrecer un espectro completo de servicios locales (2): *a)* clínicas ambulatorias; *b)* equipos de salud mental comunitarios; *c)* atención de pacientes agudos ingresados; *d)* atención residencial a largo plazo en la comunidad, y *e)* rehabilitación, trabajo y ocupación.

Además de estas categorías principales, puede ser importante desarrollar variaciones o incluso formas de apoyo independientes que estén dirigidas por los usuarios del servicio, tales como grupos paritarios de trabajadores, grupos paritarios de apoyo o grupos de autoayuda (3).

En la práctica, esto significa que, en un servicio en transición (4), no es necesario demorar la reducción del tamaño de un hospital psiquiátrico de estancia prolongada hasta que todos estos componentes existan en la comunidad. A menudo, esto sería imposible, porque la fuente principal o única de los fondos para los servicios comunitarios procede de los ahorros que se hacen al reducir el tamaño de los grandes hospitales (5).

De hecho, a menudo se plantea un dilema entre gastar dinero en incrementar la calidad de la atención en los grandes hospitales psiquiátricos, habitualmente descuidada, o gastarlo en desarrollar servicios fuera del hospital. Según nuestra propia experiencia la respuesta a este dilema deberá ser resuelta en función de las circunstancias locales, pero, en general, resulta importante que los servicios comunitarios vayan recibiendo progresivamente una mayor proporción de todo el presupuesto de salud mental y, en muchos casos, incluso la mayor parte del presupuesto, mientras que, a la par, se va incrementando la calidad de la atención en las instituciones (cuyo tamaño va disminuyendo) a un nivel aceptable. En este caso también existe un equilibrio: un desplazamiento demasiado acelerado de los recursos puede generar nuevos servicios clínicos inestables y confusos, incapaces de ofrecer una atención integral, especialmente de personas con trastornos mentales prolongados, mientras que ralentizar demasiado el proceso puede impedir u obstaculizar el cambio.

Con frecuencia, la inversión durante la transición de un sistema más orientado a

la atención hospitalaria a uno más orientada a la comunidad ha de centrarse en la formación del personal en hospitales y ámbitos comunitarios, para conseguir una actitud y una práctica (aspecto invisible) orientadas hacia los individuos, más que invertir en instalaciones físicas. La ventaja de establecer estas prioridades es que, en el futuro, el personal, independientemente de donde trabaje, dispondrá de un enfoque más terapéutico.

PARTICIPANTES

En nuestra opinión, la mejor forma de planear los servicios de salud mental es contemplar en su conjunto todo el espectro de participantes que tienen un interés activo en mejorar la atención en salud mental (6-8), principalmente: *a)* usuarios del servicio, *b)* familia/cuidadores, *c)* profesionales (salud mental y atención primaria), *d)* otros grupos que suministren servicios (p. ej., organizaciones no gubernamentales), *e)* responsable de las políticas sanitarias, *f)* grupos de apoyo y *g)* planificadores.

Asimismo, es necesario asegurar que aquellos grupos que no gocen de potentes recursos para abogar por sus propios intereses, reciban una consideración equitativa en la planificación de servicios, por ejemplo, los grupos de usuarios de servicios recientemente creados (9). ¿Qué puede hacerse cuando no existen grupos de implicados clave? En este caso, puede ser necesario optar por una visión a largo plazo, y que aquellos que controlan los recursos económicos para la salud mental inviertan, por ejemplo, en iniciar y apoyar la creación de grupos de usuarios del servicio y sus familias.

DIEZ RETOS CLAVE

A partir de nuestra experiencia en el desarrollo y el trabajo en servicios comunitarios de salud mental, hemos identificado diez retos clave a los que se enfrentan aquellos comprometidos con la mejora de la atención en salud mental. Se presentará cada reto clave en forma de una declaración (en cursiva), seguida de un breve comentario sobre cada reto.

Reto 1. Ansiedad e incertidumbre

La creación de nuevos servicios genera necesariamente incertidumbre sobre el futuro. Habitualmente resulta útil distribuir claramente las funciones, otorgando garantías al personal de que

se evitarán los despidos. Resulta ventajoso disponer de una parte del personal que prefiera trabajar en hospital, ya que seguirá precisándose este tipo de servicios en el futuro. Los jefes de servicio pueden ayudar al personal apoyando abiertamente la toma compartida de riesgos y ofreciendo comprensión en caso de errores, siempre y cuando, al mismo tiempo, haya un proceso de aprendizaje y adaptación

Si bien puede ser muy útil evitar garantizar que no habrá despidos, por ejemplo, a través de conversaciones constructivas con los sindicatos, en países de bajos ingresos puede haber una elevada tasa de vacantes de personal, por lo que no se plantea la cuestión de los despidos. De forma similar, cuando la organización que ofrece los servicios puede hacer una declaración clara de apoyo al personal, como en lo referente a la toma de riesgos mencionada más adelante, está aportando un marco claro al personal para que pueda trabajar con confianza (tabla 1).

Reto 2. Falta de estructura en los servicios comunitarios

El cambio de la estructura de los servicios y, en particular, el desarrollo de un mayor número de servicios más pequeños alejados del lugar del hospital principal, puede conllevar el riesgo de destruir rutinas y estructuras establecidas. Una de las funciones positivas de estas rutinas es reducir la ansiedad y, reconociendo este hecho, puede ser importante, sobre todo durante el período de transición, complejizar la estructura y desarrollar más rutinas de lo estrictamente necesario. Esto puede incluir, por ejemplo, grupos de apoyo al personal,

reuniones regulares para compartir informaciones entre jefes y personal y un programa claro de reuniones clínicas regulares, así como presentar por escrito las políticas operativas y los procedimientos de derivación de pacientes.

En los primeros estadios del trabajo de los servicios que operan fuera del hospital, a menudo el personal siente un mayor grado de ansiedad al comprobar que las estructuras y rutinas con las que estaba familiarizado ya no funcionan del mismo modo en los servicios comunitarios. Al menos durante el período de transición y hasta que se consolide el servicio comunitario, puede ser útil introducir deliberadamente condiciones que ofrezcan muchos espacios estructurales para reducir este tipo de ansiedad del personal. Los ejemplos son, entre otros, reuniones regulares del grupo de personal y de supervisión individual, reuniones regulares de revisión de casos clínicos y formas periódicas de auditoría y autovaloración del rendimiento del equipo clínico.

Reto 3. ¿Cómo iniciar nuevos desarrollos?

Con frecuencia, el mayor reto al que se enfrentan los implicados en iniciar un proceso de reforma es la dificultad de imaginar en qué medida puede ser diferente el sistema de salud mental. Una vía muy valiosa para iniciar el cambio es visitar otros lugares que ya han empezado o completado el desarrollo de la atención comunitaria. A menudo, resulta útil obtener una copia de algunos de los instrumentos básicos de esos servicios, como horarios del personal, programas, formularios de evaluación, descripciones de trabajo o políticas operativas.

Tabla 1. Política de la South London and Maudsley NHS Foundation Trust sobre la toma responsable de riesgos

El Comité acepta que personal, usuarios y cuidadores tomarán decisiones que pueden implicar riesgos, en la medida en que puede ser imposible predecir un éxito seguro en los resultados. A menudo, tomar este tipo de decisiones resulta complicado como parte de la práctica cotidiana. El Comité apoya plenamente al personal cuando toma este tipo de decisiones, siempre que lo haga de forma responsable y basándose en los principios de la buena práctica profesional.

Entre otros, son ejemplos para garantizar la toma responsable de riesgos:

- Recurrir a la política del enfoque del programa de atención (control casuístico y planificación de la atención); la planificación de crisis y contingencias puede ayudar a afrontar una decisión de alto riesgo y asegurar una buena comunicación
- Analizar exhaustivamente las decisiones arriesgadas con los miembros clave del equipo
- Discutir las decisiones con colegas
- Solicitar la ayuda de organismos profesionales
- Recurrir a consejos de los abogados del Trust
- Especificar claramente en los historiales clínicos la forma en que se tomó la decisión y cuáles fueron las alternativas barajadas
- La correcta anotación permite fundamentar y justificar las decisiones

Conforme se va desarrollando un plan de servicios locales, frecuentemente es importante adjudicar cada tarea a una persona o un grupo y establecer una fecha límite para completarla y un mecanismo para comprobar si se han cumplido las tareas o no (p. ej., determinada reunión del grupo de planificación). Es importante que el personal sea consciente de que el hecho de cumplir o no las tareas tiene repercusiones, por ejemplo, en su salario o su promoción.

Una de las primeras dificultades del personal con una amplia experiencia en la práctica institucional es que no puede imaginar trabajar de otro modo. Una solución frecuentemente aplicada es que visiten otros servicios en lugares por lo demás comparables, quizá en la misma región, que hayan iniciado recientemente la atención comunitaria. Estas visitas ofrecen la oportunidad de ver las ideas en la práctica y desde la propia experiencia directa de lo que puede hacerse, y de aprender de los aspectos específicos de la práctica en otro lado, para después aplicarlos en beneficio del propio servicio. Por ejemplo, pueden trasladarse y adaptarse al uso local los turnos del personal, los documentos de política operativa y las descripciones del trabajo.

Reto 4. ¿Cómo controlar la resistencia al cambio dentro del sistema de salud mental?

Habitualmente habrá diversidad de opiniones del personal frente a las propuestas de cambio del sistema de atención. Puede ser necesario llevar a cabo numerosas reuniones con los distintos sectores del personal, para involucrarlos en el cambio; por ejemplo, efectuando un amplio proceso de consultas, en el que los grupos de planificación incorporen las diversas opiniones. La vinculación de las propuestas locales específicas con los planes más generales acordados, como las declaraciones de la Organización Mundial de la Salud, puede situar los nuevos servicios en un contexto más amplio y ayudar a crear un sentido de inevitabilidad del cambio.

Como es lógico, muchos miembros del personal serán recelosos ante cambios a gran escala del servicio. Pueden temer que los cambios estén motivados por razones de recortes de costes, o que cualquiera de estos cambios suponga el riesgo de desatención de personas con enfermedad mental. Estas preocupaciones razonables deben abordarse directamente, expli-

cando con honestidad por qué cabe esperar que el nuevo modelo de atención ofrezca mejores servicios. Si se han programado cambios presupuestarios, ello debe ser explícitamente planteado. A menudo, tras una conversación amplia, una parte del personal expresará con determinación que, a pesar de todos los argumentos para el desarrollo de servicios comunitarios, prefiere trabajar en unidades hospitalarias. En el modelo de atención equilibrada que hemos descrito (2, 10), existe una evidente necesidad de algunas instalaciones hospitalarias (limitadas) para internado de pacientes agudos y sigue habiendo una necesidad continuada de especialistas para tratamientos y atención de estos pacientes.

Reto 5. Oposición del vecindario

Con frecuencia, los vecinos serán reticentes o protestarán ante los planes de nuevas instalaciones de salud mental en su entorno. En estos casos, se plantea un dilema entre la confidencialidad de los pacientes, no explicando de antemano a los vecinos sobre las características de los nuevos residentes, y el intento de conseguir el apoyo de los vecinos a través de consultas y suministro de información. En nuestra opinión, la implicación de los vecinos durante el proceso de desarrollo de servicios suele ser la mejor opción a largo plazo.

Con frecuencia, ocurre que cuando se proponen nuevos proyectos en comunidades locales, los vecinos se oponen a este tipo de desarrollos. Esto se debe, a menudo, a que su desconocimiento sobre personas con enfermedad mental les hace creer (equivocadamente) que cualquier instalación de salud mental conllevará un elevado grado de riesgo, en especial para sus hijos (11). A pesar de ello, una gran parte del personal opina que es inútil informar de antemano a los vecinos sobre la naturaleza del nuevo servicio de salud mental. De hecho, la decisión de no informar de antemano a los vecinos puede considerarse como una manera de evitar la marginalización de personas con enfermedad mental y discapacidades relacionadas. No se dispone de investigaciones de base para poder decidir qué hacer en estas situaciones. Por ejemplo, en Inglaterra, es habitual informar a los vecinos de antemano sobre el nuevo servicio planeado (12), frecuentemente con muchas reuniones detalladas para abordar las preocupaciones de los vecinos. En nuestra opinión, independientemente del grado de información que reciben los ve-

cinos o de que sean conscientes de la naturaleza de la nueva instalación, es muy importante tomar en serio sus opiniones. El objetivo final es fomentar una buena relación de vecindad entre los usuarios de los servicios de atención comunitaria y los residentes locales.

Reto 6. Obstáculos económicos

Si bien muchos responsables de las políticas, políticos o responsables de salud pueden considerar el paso del hospital a la atención comunitaria como un proceso de ahorro de costes, la experiencia de muchos países es que el dinero sólo se ahorra reduciendo la calidad de la atención. En consecuencia, es esencial controlar estrechamente los recursos disponibles para los servicios mentales y asegurar que no se pierda misteriosamente dinero en el proceso. Otro activo muy valioso que puede liberarse en el cambio del sistema de atención es el valor del terreno y del edificio ocupados por los grandes hospitales psiquiátricos. Es importante establecer si puede obtenerse el dinero de su alquiler o venta para utilizarlo para el personal y las instalaciones del nuevo servicio. Siempre que sea posible, debe mantenerse una flexibilidad máxima en el presupuesto del servicio de atención mental y compartir estos presupuestos con otros organismos, si esto supone una ventaja para el nuevo servicio.

El dinero es esencial para la atención de salud mental. El objetivo de equilibrar el hospital y la atención comunitaria no es reducir el presupuesto de salud mental. Más bien es aportar el mejor servicio posible con los recursos disponibles. En relación con el traslado de pacientes de larga estancia de grandes instituciones psiquiátricas a instalaciones comunitarias, los resultados obtenidos en las evaluaciones realizadas en países de muchos recursos demuestran que, allá donde se hace de forma razonable y bien, el balance final permanece igual (5). De hecho, no hay pruebas de que el coste de la atención integral de la salud mental resulte más barato que el coste de los hospitales psiquiátricos de estancia prolongada. Por otro lado, las investigaciones no corroboran la idea común de que el tratamiento en bloque en el hospital sea más rentable (a no ser que se brinde una atención de baja calidad). Al mismo tiempo, estos cambios en los servicios pueden utilizarse como recortes presupuestarios.

Otro aspecto económico importante es tratar de identificar y proteger el total de

los recursos económicos disponibles para la atención de la salud mental, por ejemplo, en un área local (procedimiento que, en ocasiones, se denomina *ring-fenced*). Se trata de un tema muy importante, porque si no se mantiene esta protección presupuestaria, es muy habitual observar cómo los presupuestos de salud mental se derivan a otros departamentos médicos o quirúrgicos. Con respecto a las instalaciones de los hospitales de estancia prolongada, el valor de reventa del terreno y de los edificios ocupados depende de su localización, condición y reputación y, a menudo, el valor no puede entregarse localmente para el uso en otros servicios de salud mental.

Reto 7. Rigidez del sistema

Entre las características organizativas de las grandes instituciones destacan su naturaleza jerárquica y la rigidez de sus procedimientos. En sistemas comunitarios es posible adoptar un planteamiento más flexible para la distribución del personal. Por ejemplo, la adscripción a otros servicios o el establecimiento de períodos de seguimiento realizado por miembros clave del personal pueden ser útiles para desarrollar nuevas habilidades y funciones. En ocasiones, puede ser aconsejable celebrar reuniones conjuntas cuando dos organizaciones comparten un centro

Un problema que se produce con frecuencia al iniciar los servicios comunitarios es que el sistema económico en el que se apoya la atención clínica está basado en el hospital. Por ejemplo, los reembolsos a los proveedores del servicio de la atención de salud mental pueden efectuarse sobre la base del número de camas ocupadas; en ese caso, puede resultar complicado establecer un nuevo equipo de salud mental comunitario, ya que no existe ninguna tarifa ni valoración que permita pagar los gastos. En estos casos, es necesario crear nuevas categorías de remuneración, aunque estos cambios económicos suelen tardar mucho tiempo en implantarse; mientras tanto, se precisa una considerable flexibilidad por parte de todos para permitir que los nuevos servicios empiecen a funcionar utilizando la antiguas normas económicas. Por ejemplo, un hospital de día puede pagarse por el número de personas que asisten cada día, lo cual es mejor que reembolsar gastos por el número de personas que duerme cada noche en la unidad. Si bien este planteamiento flexible puede fomentar la instauración de equipos y servicios nuevos,

se basa en la buena voluntad y es vulnerable a los cambios producidos en el personal y en las voluntades políticas. De este modo, es vital institucionalizar nuevas reglas económicas lo antes posible, para remunerar explícitamente las nuevas categorías de los servicios de atención comunitaria.

Reto 8. Límites y barreras

Como los sistemas de salud mental comunitarios tienden a ser más complejos que sus predecesores hospitalarios, es vital que el personal de dirección mantenga una visión global del sistema en su totalidad. Los componentes individuales del sistema, por ejemplo, los equipos clínicos, no deben definir sus funciones de forma aislada. Deben negociar con otros equipos clínicos para acordar la forma en la que van a poner en práctica una responsabilidad conjunta hacia todos aquellos pacientes que precisan atención. Una manera para controlar las inevitables discusiones sobre los límites de quién hace qué es sostener reuniones regulares y frecuentes entre los jefes de todos los equipos clínicos que cubren una determinada área.

Es habitual escuchar a aquellos que aspiran a una atención «sin solución de continuidad». De hecho, cualquier servicio local deberá incluir muchos equipos o servicios diferentes. Cualquier delimitación o barrera entre diferentes equipos es un potencial punto de disputas de límites o disfunción del servicio, por ejemplo, los problemas de comunicación entre una planta de pacientes hospitalizados y un equipo de salud mental comunitaria. En consecuencia, es necesario crear métodos para minimizar el efecto perjudicial de las fricciones a causa de este tipo de delimitaciones. Una de las maneras de hacerlo es organizar la tarea de modo que una persona de un equipo «sea la sombra» de su equivalente en el otro durante un día o una semana. Otro mecanismo es organizar esquemas de rotación de personal, de forma que, por ejemplo, médicos o enfermeras trabajen durante uno o dos años en un equipo hospitalario y después, durante determinado período, en un equipo de salud mental comunitario. El tema central es promover formas para que el personal de cada parte del sistema total comprenda las perspectivas de sus colegas de otros equipos y aspire a trabajar en conjunto para resolver problemas que deterioran la calidad de la atención clínica.

Reto 9. Mantener la moral

La moral del personal de salud mental suele ser baja, como lo han resaltado diversos estudios realizados. Además, suele observarse una moral especialmente baja durante los períodos de cambio del sistema. En consecuencia, los jefes deben crear condiciones especiales durante estos períodos de transición, que levanten la moral, por ejemplo, dando importancia a los acontecimientos sociales, comunicando los éxitos y aprovechando cualquier ocasión para hacer una fiesta.

Universalmente se reconoce que es crucial para la eficacia de un servicio de salud mental conseguir que el personal tenga una moral elevada y que ésta se mantenga. Esto se refiere tanto a la moral de los miembros individuales del personal, como a que se desarrolle una reputación consolidada de equipo moderno y profesional. Una manera de mejorar la moral del equipo es visitar otros centros, por ejemplo, en el extranjero. Esto puede tener varias ventajas: constatar que los propios problemas también se producen en cualquier otro lugar, promocionar un mayor contacto social entre los miembros del personal, aprender directamente de las experiencias prácticas de otros y que el personal reciba alguna recompensa valiosa por su compromiso hacia el servicio, a menudo durante años o décadas. Existen considerables diferencias culturales en cuanto a las actividades que mejoran la moral del personal: en algunos ámbitos es frecuente hacer fiestas de personal, mientras que en otros debe darse especial importancia a delimitar exactamente las diferentes tareas, para reducir las confusiones en cuanto a la función de cada uno. En cada caso, el punto de partida para los conductores de los grupos es ser capaz de evaluar la moral de su personal y comprender lo que necesita para mantener una moral razonablemente elevada la mayor parte del tiempo.

Reto 10, ¿Cuál es la respuesta correcta?

¡No hay una única respuesta! Si bien existe un amplio número de modelos y teorías de servicios de salud mental, lo mejor es considerarlos como sugerencias que puedan ayudar en una situación particular. Debe mantenerse tanta flexibilidad como sea posible en el nuevo sistema, porque se cometerán errores y deberán ir efectuándose cambios en el servicio conforme éste se vaya desarro-

llando. La mejor guía para saber si los servicios de salud mental van en la dirección correcta es la retroalimentación que se recibe de los usuarios del servicio y de sus familias en cuanto a la medida en que se está respondiendo a sus preferencias y necesidades.

Es habitual que quienes inician un proceso de cambios en un servicio de salud mental crean que existe otra persona, en algún lugar, que sabe exactamente lo que hay que hacer. En nuestra opinión, cada ámbito local debe encontrar su propia manera particular de ofrecer la mejor atención de salud mental. Una ayuda para hacerlo es apoyar, buscar y utilizar la retroalimentación (*feedback*) de los usuarios del servicio y sus familias. La retroalimentación puede basarse en los comentarios y las quejas recibidas o, por ejemplo, puede realizarse un estudio formal de la satisfacción del usuario del servicio. Con frecuencia, antes de poder recibir la retroalimentación es necesario que los servicios recientes inviertan tiempo y dinero en la creación y supervivencia inicial de grupos de usuarios del servicio. De este modo, con el tiempo, los grupos de apoyo pueden combinar sus esfuerzos con el personal para ejercer presión para la asignación de más recursos a la atención de salud mental. A menudo, individuos con experiencia personal en el padecimiento de enfermedades mentales pueden instar y persuadir mejor a los políticos que el personal, en los que cabría sospechar motivaciones de interés propio.

LECCIONES APRENDIDAS

¿Cuáles son las lecciones globales que hemos aprendido y de las que otros también pueden aprender? En primer lugar, los cambios radicales del servicio, aquellas mejoras que son duraderas, *tardan tiempo en implantarse*. Una parte del motivo de esta tardanza es la necesidad de convencer al personal de que el cambio comportará mejoras para los pacientes y, de hecho, su escepticismo es un factor positivo que actúa de freno frente a cambios demasiado rápidos o frecuentes. Otro motivo para no acelerar el cambio es que, para poder tener éxito se precisa del apoyo de muchas organizaciones y estamentos del sistema de salud, los cuales deben ser gradualmente identificados e incorporados al principio de cada ciclo de cambios de los servicios. Aquellas partes que se excluyan o que se sientan excluidas, seguramente se opondrán al cambio, a veces con éxito. Además, en situaciones

en las que los cambios en los servicios de salud sean un tema de debate político, suele ser necesario desarrollar un consenso entre los diferentes sectores o partidos políticos en cuanto a la estrategia de salud mental, para que se mantenga inalterada cuando cambia el gobierno. Esto también lleva su tiempo.

También se precisa tiempo para avanzar desde el estadio inicial de un cambio hasta la *fase de consolidación*. Habitualmente, en los estadios precoces de la reforma del servicio, un grupo individual o pequeño carismático abanderará las principales propuestas y reclutará el apoyo de los grupos participantes y de otros con influencia dentro del sistema de atención de la salud. Por ejemplo, en los países de Europa del Este, en la práctica, los directores médicos o administrativos de los hospitales psiquiátricos podrán oponerse al cambio (4). Sin embargo, tras una serie de iniciativas, como la creación de centros de día de salud mental en las ciudades más grandes de un país, el sistema de salud mental debe sistematizar estos cambios para que se mantengan a lo largo de los años. En esta fase posterior, a menudo, los iniciales líderes carismáticos ya se dedican a afrontar nuevos retos y las personas que son más útiles son las capaces de consolidar pacientemente la nueva organización y de establecer asociaciones viables a largo plazo. Por ejemplo, estos individuos menos visibles implantarán una supervisión adecuada del personal, asegurarán el mantenimiento de los edificios, organizarán programas de formación regular para el personal, crearán grupos de trabajo constituidos por miembros de diferentes organizaciones o diferentes áreas del sistema de salud (para identificar y resolver los problemas cotidianos del funcionamiento de los servicios), establecerán y participarán en las reuniones de consulta o de colaboración con los usuarios del servicio y las familias y controlarán la gestión adecuada del presupuesto asignado a los servicios.

Si bien las actividades de mantenimiento de un sistema recién establecido pueden parecer menos atractivas a los innovadores, de hecho, esta consolidación es vital para que el servicio sea sólido, capaz de sobrevivir y prosperar a largo plazo. Habitualmente esto no requerirá un único líder de alto nivel, sino más bien un equipo formado por un grupo amplio de participantes que han de cooperar para coordinar todos los componentes del servicio en el marco del sistema global de atención de la salud. El éxito en el cumplimiento de estas decisiones políticas y en su implantación desde las bases

a menudo también necesitará del respaldo organizado y constante de una coalición de sectores implicados, para desarrollar una presión política suficiente, por ejemplo, para modernizar las leyes de salud mental. Un ejemplo del programa escalonado necesario es el patrón de cambios del servicio en Verona, Italia, a lo largo de los últimos 30 años, derivado del registro local de casos, creado en 1979 (13) (fig. 1). Conforme ha ido decreciendo progresivamente el número de camas psiquiátricas, a lo largo de los años ha ido aumentando de forma constante la provisión de atención de día, atención domiciliaria y contactos ambulatorios y comunitarios.

La segunda lección global es que es esencial *escuchar las experiencias y perspectivas de usuarios y familias*. Todos los implicados deben mantener un enfoque claro del hecho de que el objetivo primario de los servicios de salud mental es mejorar la evolución de las personas con enfermedad mental. En consecuencia, los beneficiarios a los que se destina el servicio deben ser, en cierto sentido, los conductores a la hora de planificar y suministrar tratamientos y atención. Se trata de una profunda transformación, del paso de una perspectiva tradicional y paternalista, en la que se esperaba del personal tomar todas las decisiones importantes en el «mejor interés» de los pacientes, a un planteamiento en el que las personas con enfermedad mental trabajan, en la mayor medida posible, en colaboración con los profesionales de la salud. Esto requiere una reorientación fundamental del personal, por ejemplo, a ser y a sentirse menos responsables de las decisiones de todos los aspectos de la vida de un paciente. También requiere que las personas con enfermedad mental sean capaces de expresar sus opiniones y expectativas con respecto a la atención. Al principio, esto puede ser muy complicado, sobre todo en personas que han vivido durante muchos años en instituciones psiquiátricas, en donde sus opiniones y preferencias rara vez eran tenidas en cuenta. Por ello, a menudo se requerirá una fase de acompañamiento, por ejemplo, de trabajadores de grupos de apoyo, para que en estos individuos puedan reactivarse el reconocimiento y la expresión de sus propios puntos de vista. Una consecuencia de la participación de los usuarios es que, a medida que la calidad del servicio mejora durante determinado período de desarrollo de los servicios comunitarios de salud mental, habitualmente las expectativas de las personas en tratamiento también aumentan (incluso más rápidamente), dando lugar a un descenso paradójico de

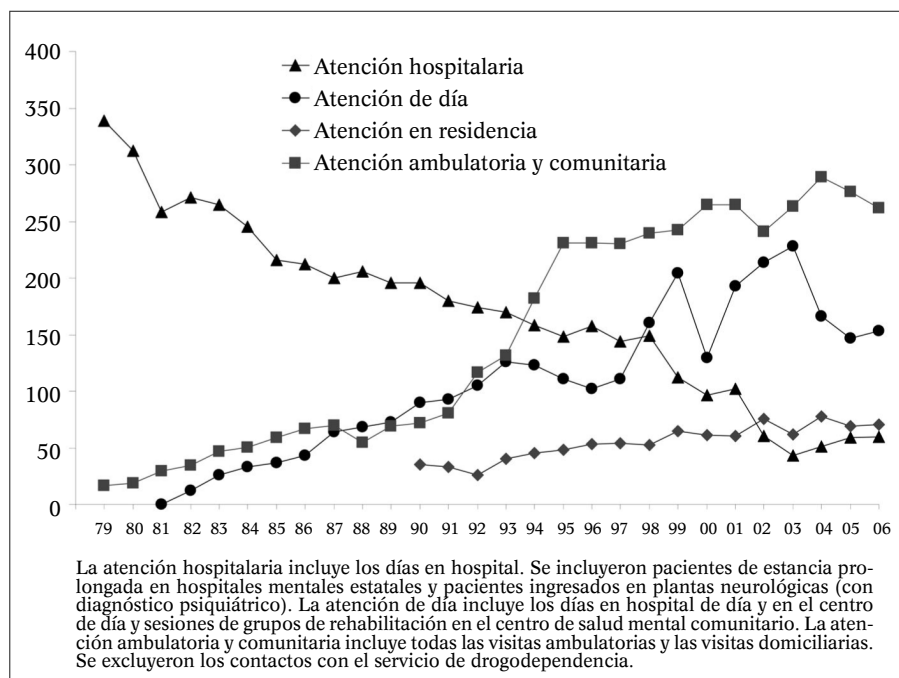


Figura 1. Patrones de provisión de servicio de salud mental en Verona, 1979-2006.

la satisfacción. Si bien el personal puede interpretar este hecho como una crítica a la atención que se suministra, otra forma de considerarlo es que dicha insatisfacción o las quejas son, de hecho, claros signos que muestran qué partes del servicio han de mejorarse a continuación. En otras palabras, *los usuarios de los servicios son los mejores expertos*.

La tercera lección que nos enseña esta revisión es que el equipo que controla este tipo de procesos debe disponer de una experiencia clara para manejar todo el presupuesto y que existe un gran riesgo de que los cambios en los servicios se aprovechen para hacer recortes de presupuesto. La protección de los presupuestos es necesaria, aunque no sufi-

ciente, ya que es vital poder funcionar con flexibilidad dentro del presupuesto global, habitualmente para reutilizar en los equipos de salud mental comunitaria o servicios ocupacionales y residenciales el dinero ahorrado con la reducción del uso de camas hospitalarias. Cuando no se establece esta preservación férrea de los fondos de salud mental, es fácil que el dinero se derive a otras áreas de la atención de salud. En otras palabras, es necesario crear mecanismos financieros que aseguren que el dinero sigue los pasos de los usuarios del servicio, desde el contexto hospitalario al contexto comunitario.

World Psychiatry 2008; 7:87-92

Bibliografía

1. Thornicroft G, Tansella M. Better mental health care. Cambridge: Cambridge University Press (in press).
2. Thornicroft G, Tansella M. Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care: overview of systematic evidence. *Br J Psychiatry* 2004;185:283-90.
3. Chamberlin J. User/consumer involvement in mental health service delivery. *Epidemiol Psichiatr Soc* 2005;14:10-4.
4. Knapp M, McDaid D, Mossialos E et al (eds). *Mental health policy and practice across Europe*. Buckingham: Open University Press, 2007.
5. Knapp M, Beecham J, Anderson J et al. The TAPS project. 3: Predicting the community costs of closing psychiatric hospitals. *Br J Psychiatry* 1990;157:661-70.
6. Campbell SM, Shield T, Rogers A et al. How do stakeholder groups vary in a Delphi technique about primary mental health care and what factors influence their ratings? *Qual Saf Health Care* 2004;13:428-34.
7. Griffiths KM, Jorm AF, Christensen H et al. Research priorities in mental health, Part 2: an evaluation of the current research effort against stakeholders' priorities. *Aust N Zeal J Psychiatry* 2002;36:327-39.
8. Pescosolido BA, Wright ER, Kikuzawa S. "Stakeholder" attitudes over time toward the closing of a state hospital. *J Behav Health Serv Res* 1999;26:318-28.
9. Rose D. *Users' voices, the perspectives of mental health service users on community and hospital care*. London: The Sainsbury Centre, 2001.
10. Thornicroft G, Tansella M. Balancing community-based and hospital-based mental health care. *World Psychiatry* 2002;1:84-90.
11. Thornicroft G. *Shunned: discrimination against people with mental illness*. Oxford: Oxford University Press, 2006.
12. Reynolds A, Thornicroft G. *Managing mental health services*. Buckingham: Open University Press, 1999.
13. Tansella M. *Community-based psychiatry. Long-term patterns of care in South Verona*. Psychological Medicine Monograph Supplement 19. Cambridge: Cambridge University Press, 1991.

La experiencia cuenta

RICARDO ARAYA

Academic Unit of Psychiatry, University of Bristol, Cotham House, Bristol, UK

Thornicroft *et al.* comparten con nosotros su conocimiento y su experiencia en el desarrollo de servicios comunitarios de salud mental durante varias décadas. Se centran en cómo utilizar la experiencia acumulada en este proceso. En una era en la que sólo parecen contar los resultados claros obtenidos en estudios bien diseñados, resulta refrescante leer un artículo en el que la experiencia se presenta como un recurso valioso.

La experiencia es un concepto general que comprende el conocimiento habitualmente adquirido a través de la implicación en algo o en la exposición a algo. Como tal, no está sometida al rigor del método científico utilizado para generar un conocimiento en línea con el movimiento emergente de la medicina basada en evidencias. Algunas de las limitaciones de las evidencias científicas han ayudado a incrementar la importancia relativa del valor dado a la experiencia en nuestro proceso de tomar decisiones. Las evidencias científicas pueden ser deficientes, no sólo debido a la falta de rigor, sino también debido a otras prácticas que dan lugar al sesgo de publicación (1-3). Asimismo, la mayoría de los dilemas médicos siguen sin resolverse científicamente y prácticamente no hay artículos científicos publicados en el mundo en desarrollo (4). De este modo, la experiencia puede ocupar un papel mayor en la toma de decisiones importantes, en especial cuando no se disponga de evidencias científicas claras. Indudablemente, existe una necesidad de mejorar nuestros métodos para sistematizar la información obtenida de las experiencias, de forma que su valor relativo puede evaluarse con mayor exactitud.

Thornicroft *et al.* no mencionan explícitamente los servicios de atención primaria en la lista de servicios clave que debe tener un sistema de atención de salud mental general completo para adultos. Si bien los autores pueden haber pensado en estos servicios como instalaciones ambulatorias, sería mejor destacar más claramente estos servicios. Conforme a los autores, la recomendación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) puede ser un arma poderosa para fundamentar la necesidad de los cambios a personas difíciles de convencer.

En una conferencia reciente para la Fourth Global Meeting of Heads of WHO Country Offices, (IV. Reunión mundial de los jefes de oficinas nacionales de la OMS), la Directora General de la OMS, Margaret Chan, repitió la llamada al retorno a la atención primaria, como un sector clave para reforzar los servicios de salud en todo el mundo.

Cabe destacar la recomendación de no retrasar la reducción de hospitales de estancia prolongada, porque la fuente principal o única de los fondos para los servicios comunitarios saldría del ahorro obtenido por la reducción del tamaño de los grandes hospitales. Racionalmente resulta difícil no estar de acuerdo con este planteamiento; sin embargo, la realidad es mucho más compleja que esto y a menudo desafía la racionalidad. Tomemos por ejemplo el caso de Brasil, un gran país en el que se está realizando una reforma de los servicios de Psiquiatría (5), cuyo objetivo es reducir el número de camas en los grandes hospitales psiquiátricos. En la actualidad, existe un acalorado debate, porque muchos expertos se quejan de que los fondos ahorrados con estos cierres no se están reinvertiendo en los servicios de salud mental (6, 7). Con frecuencia, el destino de los recursos ahorrados es incierto y es posible que el retraso sea recomendable para esclarecer el destino último de los recursos ahorrados. Este proceso a menudo tarda tiempo y requiere de fuertes alianzas políticas y largas negociaciones con muchos implicados. Más adelante, en el artículo, nos advierten que los cambios tardan tiempo, algo en lo que coincidiría la mayoría de las personas implicadas en la mejora de los servicios de salud en el mundo en desarrollo (8).

Los autores aciertan al advertirnos de que un desplazamiento rápido de los recursos puede dar lugar a servicios clínicos nuevos inestables y llenos de confusión, incapaces de ofrecer una buena atención. Existen muchos ejemplos de esta situación en países desarrollados y en países en vías de desarrollo. Por ejemplo, el gobierno chileno introdujo un programa revolucionario que ofrece a cada ciudadano que sufre depresión una garantía estatal de que podrá disponer de un tratamiento a tiempo y adecuado (4). Los esquemas de los prestadores privados de salud también han de adherirse a esta norma. Una de las repercusiones de este maravilloso cambio ha sido que muchos de los psiquiatras que todavía trabajan en el sector estatal han pasado ahora al sector privado que precisa más profesionales para responder a un aumento de las demandas. Las clínicas de salud mental estatales han quedado privadas de recursos vitales y ahora luchan

para poder suministrar una atención adecuada.

Si bien dudo de que haya alguien que esté en desacuerdo con la idea de una mayor participación de usuarios y cuidadores en las decisiones de prioridades, mi experiencia es que la participación real todavía es escasa en la mayor parte del mundo. Las decisiones se toman desde arriba, aunque se ofrece una cierta forma de «participación protegida», a menudo sólo para cumplir con lo políticamente correcto. Los autores tienen razón al advertir que se debe intentar persuadir a los gobiernos para que subvencionen la participación, pero nadie debe llamarse a engaño y creer que éste será un proceso corto y fácil.

En lo referente a los retos, algunas de las recomendaciones han de adaptarse cuidadosamente al contexto local en el que vayan a aplicarse. En algunas partes del mundo, resulta imposible ofrecer algunas de las sugerencias, como tranquilizar a las personas de que no habrá despidos. De igual modo, calmar la ansiedad con «reuniones regulares del grupo de personal y de supervisión individual, reuniones regulares de revisión de casos clínicos y formas periódicas de auditoría y autovaloración del rendimiento del equipo clínico» resulta una receta imposible de aplicar en la mayoría de los países pobres del mundo. Sin embargo, la idea general que extraigo de esta recomendación es que puede ser útil instaurar una comunicación mayor y mejor, así como incrementar la participación real de aquellos implicados en el cambio.

La forma de controlar la oposición es otro aspecto interesante. En el artículo, los autores aconsejan un amplio proceso de consultas previas, que puede ser útil para reducir la oposición. Sin embargo, los cambios frecuentemente se producen tras poco debate previo, y la oposición es simplemente la consecuencia natural de ello. Personalmente, yo preferiría leer más sobre la amplia experiencia de los autores en convencer a las personas, más que leer sobre la lucha contra la oposición. Puede resultar bastante irritante ser invitado a un proceso de consulta en el que parece ya estar tomada de antemano la decisión definitiva. Aparte de las razones dadas por los autores, me he encontrado con personas que no quieren cambios porque va en contra de sus propios intereses. Por ejemplo, un médico que ha pasado años estableciendo con éxito una unidad hospitalaria de pacientes puede tener poco interés en iniciarlo todo otra vez. En estas circunstancias, la recomendación de eliminar la oposición es esencial.

Como el artículo se centra más en la experiencia que en la evidencia, habría resultado más informativo leer sobre las experiencias de los autores y los consejos sobre cómo enfrentarse a los intereses políticos y de otra índole. Puede ser crucial aprovechar las ventajas de las oportunidades políticas y/o establecer alianzas con los poderosos para introducir cambios en muchas partes del mundo. Los cambios también pueden utilizarse para obtener rápidas ganancias políticas o repositionar las fuerzas políticas. De modo similar, me gustaría leer más sobre la poderosa influencia de los medios y, en particular, la de los escándalos públicos, para propiciar cambios. Las horribles imágenes de violaciones inaceptables de los derechos humanos ampliamente publicados en los periódicos o las revistas pueden hacer una contribución más amplia hacia la mejora de los servicios de salud mental que cualquier otro documento bien intencionado en muchos países en el mundo. Por ejemplo, la aceptación de algunos países en la Unión Europea estaba condicionada a la rectificación de algunos de estos abusos. Finalmente, otra cosa en mi lista de deseos para la siguiente versión de este artículo sería algún comentario sobre el papel y la importancia de la conducción en el desarrollo y la mejora de los servicios de salud. Los autores son líderes en el campo y es algo a lo que pueden contribuir enormemente con su experiencia.

Evidentemente, el espacio es limitado y se comenta que, en este artículo, se ha condensado una vasta experiencia, llena de la sabiduría obtenida en una vida dedicada a este campo. Resulta particularmente refrescante leer este artículo porque devuelve un determinado valor a la experiencia, a menudo rápidamente desechada, pero también el único apoyo disponible para poder tomar decisiones críticas en muchos países en los que los resultados contundentes a través de la investigación todavía son un sueño

Bibliografía

1. Ioannidis JP. Why most published research findings are false. *PLoS Med* 2005;2:e124.
2. Fava GA. Financial conflicts of interest in psychiatry. *World Psychiatry* 2007;6:19-24.
3. Turner EH, Matthews AM, Linardatos E et al. Selective publication of antidepressant trials and its influence on apparent efficacy. *N Engl J Med* 2008;358:252-60.
4. Patel V, Araya R, Chatterjee S et al. Treatment and prevention of mental disorders in low income and middle income countries. *Lancet* 2007;370:991-1005.
5. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção

à Saúde/DAPE. Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília: Ministério de Saude, 2007.

6. Andreoli S, Almeida-Filho N, Martin D et al. É a reforma psiquiátrica uma estratégia para reduzir o orçamento da saúde men-

tal? O caso do Brasil. *Rev Bras Psiquiatr* 2007;29:43-6.

7. Gentil V. More for the same? *Rev Bras Psiquiatr* 2007;29:188-9.
8. Berwick D. Lessons from developing nations on improving health care. *BMJ* 2004;328:1124-9.

Diferentes contextos, diferentes retos

RICHARD WARNER

Department of Psychiatry, University of Colorado, Denver, Colorado, USA

El artículo de Thornicroft *et al.* sobre los retos a los que se enfrenta la mejora de la atención de la salud mental comunitaria hace hincapié en los problemas relacionados con el personal: la ansiedad del personal ante el cambio, la preocupación del personal en cuanto a la falta de estructura en un ámbito no institucional, la dificultad del personal para visualizar los nuevos desarrollos, la oposición del personal al cambio, la rigidez del sistema y las barreras entre los equipos, creadas por el personal, y la baja moral del personal. Únicamente tres de los diez retos citados no tratan de temas de personal: oposición de los vecinos a la ubicación de nuevos servicios, dificultades presupuestarias y necesidad de una retroalimentación por parte de los usuarios. Estos problemas no son equiparables a la constelación de retos a la que se enfrentan los que desarrollan programas en EE.UU. Los administradores norteamericanos se enfrentan primariamente a retos que surgen de la estructura impuesta por gobierno y la industria de seguros sanitarios.

Los retos en Europa tienen diversos orígenes que no son comunes en EE.UU. En primer lugar, como el sistema de atención psiquiátrica institucional de EE.UU. se vio casi completamente destruido en las décadas de 1960 y 1970, antes de que se estableciera bien el sistema de salud mental comunitario, se transfirió poco personal hospitalario a puestos en el sistema comunitario de salud mental. Como resultado, en general, el personal comunitario de EE.UU. no consiste en enfermeras psiquiátricas con un trasfondo institucional, sino en trabajadores sociales y psicólogos sin experiencia hospitalaria. Por lo tanto,

la demanda de reconversión no fue tan aguda como en Europa, en donde la desinstitucionalización procedió a una marcha más pausada y el personal se transfirió de un entorno terapéutico a otro. En segundo lugar, a diferencia de Inglaterra e Italia, la fuerza de trabajo de salud mental comunitaria en EE.UU. está poco sindicada y las preocupaciones de los trabajadores no se han tomado tan en cuenta como en Europa. Finalmente, los organismos que prestan servicios comunitarios de salud mental en EE.UU. a menudo no son cuerpos gubernamentales, sino entidades independientes sin ánimo de lucro. Como tales, no están obligadas por las políticas gubernamentales concernientes al personal estatal y sus salarios, sino que pueden operar más fluidamente en cuanto a contratación y despido del personal, formación e incentivos. Muchos de estos organismos han sido capaces de desarrollar una estructura administrativa plana, con pocos estratos administrativos entre el personal que ofrece el servicio y el director del organismo. Este tipo de estructura favorece la comunicación y reduce los problemas de moral del personal.

En cambio, uno de los principales retos enfrentados por los que desarrollaron el programa en EE.UU. es la fragmentación del sistema. Existe una enorme variación en la organización, la subvención y el suministro de servicios de los diferentes estados americanos, y no se dispone de ninguna política nacional amplia que rijan las actividades del sistema. Los recursos de subvención están muy fragmentados. Al menos 42 diferentes programas federales asisten a personas con enfermedades mentales graves, la mayoría de los cuales nunca fueron diseñados para atender a esta población. Estos programas están débilmente administrados por programas estatales y locales, dando lugar a una falta de coordinación de los servicios de salud,

salud mental, trabajo, vivienda y otros servicios (1). No han tenido éxito los esfuerzos para coordinar los servicios a través de una autoridad centralizada de salud mental (2).

Debemos reconocer que la fragmentación del sistema puede ofrecer oportunidades a la actividad empresarial y a una inventiva de las que raramente se dispone en Europa. Pueden desarrollarse bolsas de excelentes proveedores de servicios, cuando los administradores son eficaces en combinar las subvenciones obtenidas y en crear una relación de colaboración con otros organismos. Por otro lado, cuando el jefe local no es competente, no existe ningún sistema burocrático centralizado que solucione sus deficiencias. En consecuencia, la calidad de la provisión de servicio varía drásticamente de un distrito a otro.

La fragmentación también surge de la existencia de múltiples puntos de acceso a la atención. Un paciente puede ser evaluado en el servicio de emergencias de un hospital y denegársele el tratamiento; el paciente puede entonces ir a otro servicio de emergencias en el mismo día y ser admitido a la atención hospitalaria. Por lo tanto, en una ocasión puede recibir tratamiento en un hospital, y en otra ocasión el tratamiento puede efectuarse en un segundo hospital. Debido a la ley de confidencialidad, resulta complicado transferir información sobre un paciente de un hospital a otro. Además, en el alta hospitalaria, a menudo, es difícil encontrar un organismo comunitario dispuesto a ofrecer una atención comunitaria continuada.

Un segundo reto en EE.UU. queda reflejado en diferentes y competitivos modelos de atención. Los programas gubernamentales y de los prestadores privados imponen un modelo médico que requiere la prueba de «necesidad médica» antes de aprobar los fondos, una norma que suele excluir el reembolso de servicios de rehabilitación laboral y psicosocial.

Un tercer reto se refiere a la cooperación entre los distintos organismos. Resulta complicado crear programas compartidos por los diferentes organismos comunitarios para ayudar a identificar un grupo de riesgo. Por ejemplo, la mejor forma de ayudar a niños y adolescentes en riesgo de ser sacados de sus hogares y puestos en hogares de acogida o en una institución penitenciaria juvenil es a través de programas de colaboración entre organismos de salud mental, justicia criminal y servicio social. El control y los fondos de los diferentes organismos se encuentran en «silos» separados e independientes, que convierten en ardua tarea obtener la colaboración necesaria y compartir los fondos

(3). La burocracia que rodea (en el contexto estatal) a entidades como los correccionales juveniles no es capaz de adaptarse a las necesidades de una labor conjunta de distintas organizaciones en el contexto local. Además, otro importante problema es la falta de contigüidad entre los distritos geográficos de aplicación de la ley, la salud, los servicios sociales y el gobierno local. La cooperación entre policía y servicios de atención de la salud mental en situaciones de crisis es otro campo en el que a menudo se queda frustrada la provisión de servicios óptimos para personas con trastornos psiquiátricos graves.

Es evidente que los desafíos que enfrentan los que desarrollan e implementan un programa están relacionados con el contexto, una observación que subraya una de las conclusiones de Thornicroft *et al.*: es poco probable que podamos obte-

ner la respuesta correcta para nuestra propia área de servicio mirando programas modelo de otra remota parte del mundo.

Bibliografía

1. Gold PB, Glynn SM, Mueser KT. Challenges to implementing and sustaining comprehensive mental health service programs. *Evaluation and the Health Professions* 2006;29:195-218.
2. Goldman HH, Morrissey JP, Rosenheck RA et al. Lessons from the evaluation of the ACCESS program. *Psychiatric Serv* 2002; 53:967-9.
3. President's New Freedom Commission on Mental Health. Goal 2 - Mental health care is consumer and family driven. www.mentalhealthcommission.gov/reports/finalreport/fullreport-03.htm.

¿Por qué los servicios psiquiátricos están mejorando, pero tienen cada vez una peor imagen?

BRUCE SINGH, DAVID CASTLE

Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Dentistry and Health Sciences, University of Melbourne, Victoria, Australia

Thornicroft *et al.* han prestado un servicio a la comunidad de salud mental mundial resumiendo su experiencia en el desarrollo de los servicios comunitarios de salud mental en Inglaterra e Italia a lo largo de los últimos 30 años. Los retos que identifican explican ampliamente por qué, a menudo, la reforma de la salud mental es poco sistemática e incompleta y en ocasiones desemboca en un sistema más fragmentado que el anterior a la reforma. Lo cierto es que esto ha ocurrido en Australia, en donde las reformas de la salud mental, si bien se produjeron en el contexto de una política nacional de salud mental bien articulada y universalmente acordada (1), se han implantado de forma distinta en los diferentes estados y jurisdicciones territoriales. Incluso dentro de dichas jurisdicciones se observan incoherencias en cuanto a cómo se ofrece la atención comunitaria.

En Australia, puede decirse que el estado de Victoria ha instaurado la reestructuración más completa y rápida de los ser-

vicios de salud mental, cerrando todos sus hospitales psiquiátricos en la década de 1990. Esta rápida desinstitutionalización ha tenido un enorme éxito en desplazar el lugar de la atención de salud mental a la comunidad, conjuntamente con un desplazamiento de los recursos. Por ejemplo, entre 1993 y 2003, el gasto en una instalación hospitalaria en Victoria se redujo en 184 millones de dólares australianos, con un crecimiento en los gastos en la atención comunitaria de unos 323 millones de dólares australianos (2). Cada uno de los centros urbanos de salud mental suministra servicios a alrededor de 250.000 personas. Cada servicio dispone de un reducido número de camas para hospitalizar a pacientes agudos (alrededor de 20; duración media de la estancia: 10-14 días) ubicados en hospitales generales, pero también tiene acceso a unidades de atención continuada de 20 camas para la rehabilitación en estancias más prolongadas (duración del ingreso de 3 meses a 2 años) y otra serie de instalaciones que ofrecen exclusivamente las organizaciones no gubernamentales (ONG) o se efectúan en asociación con estas ONG. Los servicios comunitarios de salud se configuran uniformemente: un equipo de crisis y evaluación realiza el tra-

bajo en las crisis agudas, un equipo de atención continuada se ocupa de la atención a largo plazo, y un equipo de apoyo y de tratamiento móvil multidisciplinario se ocupa del control de los casos que requieren atención intensiva.

Por lo tanto, tanto en cuanto a la utilización de los fondos, como en la provisión de personal y del servicio global, Victoria ha apostado por el imperativo de desplazar la atención de la salud mental a la comunidad. Sin embargo, ha hecho mella en nosotros la disonancia que ha surgido entre muchos profesionales de la salud mental que están convencidos de que los servicios son mucho mejores que antes y otros muchos en la comunidad (incluyendo usuarios y, en particular, cuidadores) que están convencidos de lo contrario.

Una explicación de este fenómeno es el cambio en las expectativas de la comunidad en respuesta a los beneficios de la Psiquiatría comunitaria, que sus defensores vigorosos y, en ocasiones, fanáticos nos han vendido en exceso. Estos abogados (quizá más en el pasado que en el presente) trabajan basándose en determinadas presunciones sobre la naturaleza de la salud mental y su susceptibilidad y disposición al tratamiento. Hace poco tiempo, hemos publicado (3) un resumen de estas premisas y la realidad en la que las décadas de experiencias de desinstitucionalización posteriormente han convertido dichas premisas. Son las siguientes:

- Los fármacos psicotrópicos, en particular los antipsicóticos atípicos nuevos, tratarán eficazmente la mayoría de los síntomas psicóticos y reducirán de forma acusada la consiguiente discapacidad.
- Mejorará la información sobre la necesidad de tratamientos, de forma que aumentará su cumplimiento.
- El control intensivo de casos (o tratamiento comunitario intensivo) sólo será necesario durante períodos breves de tiempo y tendrá beneficios duraderos para los individuos.
- No aumentará el abuso del consumo de sustancias en la población con enfermedades psiquiátricas.
- En la comunidad, se reducirán en gran medida los estigmas frente a personas con enfermedad mental.
- El sistema judicial será más tolerante con las personas mentalmente enfermas que entran en conflicto con la ley.
- Los pacientes con enfermedades mentales tendrán un cuidado adecuado en las opciones de acomodación disponibles, y serán tratados apropiadamente en el sistema de salud general con respecto a su salud física.
- Los servicios comunitarios eficaces reducirán de forma considerable o incluso

eliminarán la necesidad de camas agudas y (más específicamente) crónicas.

- La demanda de servicios psiquiátricos se mantendrá estable a lo largo del tiempo.
- El coste de los servicios comunitarios puede restringirse limitando los servicios a los trastornos de baja prevalencia (o a aquellos con «enfermedades mentales graves»).

Cualquier persona que haya asistido a la implementación completa de un programa de reforma de salud mental integral sabe que muchas de estas premisas han demostrado ser erróneas. Esto no significa que la atención comunitaria sea imposible para la amplia mayoría de los pacientes psiquiátricos, o que deba invertirse el proceso de desinstitucionalización. Pero podría decirse que las próximas reformas deben efectuarse sobre la base de un mejor conocimiento de la realidad y del drama de la enfermedad mental, y teniendo en cuenta que no existe ninguna panacea. Se debe seguir intentando probar nuevas vías para mejorar la atención comunitaria, a fin de mejorar la salud de nuestros pacientes, más que seguir continuamente reestructurando modelos de servicios. Debe hacerse mucho más para reducir los estigmas de la comunidad frente a personas que padecen enfermedades mentales, como la esquizofrenia, y adoptar más eficazmente enfoques concertados para reintegrar a estos individuos en la vida normal. A este respecto, existen barreras particulares, como la falta de alojamiento idóneo y las bajas tasas de participación en el trabajo.

Es verdad que los sistemas de salud mental, quizá de forma más evidente que

los sistemas de salud general, no reciben los fondos suficientes para lograr los objetivos que se esperan de ellos. Éste es, en efecto, el caso en un país tan acaudalado como el nuestro. No obstante, se han hecho importantes avances y los psiquiatras deberían invertir su energía en basarse en estos avances más que en buscar desmantelarlos.

Por lo tanto, sostendríamos que cualquier enfoque para mejorar la salud mental de la población debe prestar atención especial a la fuerza de los retos articulados por Thornicroft *et al.*, a saber, reconocer que no existe un solo camino correcto, sino que cada comunidad, cada sociedad y cada nación precisan reunir los elementos necesarios para la atención en un conjunto articulado que tenga sentido para la respectiva comunidad. Añadiríamos el imperativo de asegurar una evaluación de la eficacia de las intervenciones de los servicios en curso y de seguir escuchando a todos los principales implicados, sin olvidar al personal de los servicios ni a los propios pacientes y cuidadores.

Bibliografía

1. Australian Health Ministers. National mental health policy. Canberra: Australian Government Publishing, 1992.
2. Boston Consulting Group. Improving mental health outcomes in Victoria. Melbourne: Boston Consulting Group, 2006.
3. Singh BS, Castle D. Why are community psychiatry services in Australia doing it so hard? *Med J Australia* 2007;187:410-2.

Bases de experiencia y contexto del sistema en la reforma de la atención de salud mental

THOMAS BECKER, REINHOLD KILIAN

Department of Psychiatry II, Ulm University, Bezirk-skrankenhaus Günzburg, Günzburg, Germany

Thornicroft *et al.* ofrecen un informe convincente de la *base de experiencia* para implementar una mejor atención comunitaria de la salud mental. Describen diez retos clave en el proceso del cambio, desde «la ansiedad y la incertidumbre» hasta «el mantenimiento de la moral», y analizan si existe siempre «una respuesta

correcta» a las dificultades generadas en el proceso de cambio. Su perspectiva es muy importante, pues se centra en *personas o grupos de personas* que inician y mantienen el cambio. En este comentario, nos centramos en los factores estructurales que afectan el cambio en el servicio de salud mental y en la variación transnacional, para complementar esta perspectiva.

Un editorial reciente (1) destacó que, a pesar de una tendencia a la homogenización de diferentes sistemas de atención en Europa, «[...] queda mucho camino por re-

correr para alcanzar una verdadera homogeneidad entre los servicios de salud mental de los diferentes países que componen el mosaico europeo», en parte, debido a la brecha entre la adquisición de conocimientos y su aplicación. Conforme a Girolamo *et al.* (2), la reforma de la salud mental italiana dio lugar al establecimiento de una amplia red de instalaciones que satisfacen las diversas necesidades de atención, aunque se precisan esfuerzos para mejorar la calidad de la atención y desarrollar un sistema de atención más integrado. En Inglaterra, otro país con un sistema de salud nacional basado en impuestos (3), Glover (4) estableció que la atención de la salud mental está sometida a cambios significativos, como resultado de las importantes iniciativas del gobierno, y se han introducido rápidamente nuevos tipos comunitarios de servicios especializados y se han reducido otros antiguos servicios. También existen informes de cambios actuales en los servicios de salud mental de dos países con un sistema de atención sanitaria basado en seguros (3), a saber, Francia y Alemania. Sobre el fondo de la actual alta densidad de psiquiatras en el país, la Dra. Verdoux (5), en su artículo acerca de la situación en Francia, describió una crisis estructural debido al recorte de los presupuestos públicos y a la expectativa de una reducción del 30% del número de psiquiatras, mientras que numerosos programas nacionales destinados a renovar el sistema de atención no han mantenido sus promesas. En cuanto a Alemania, Salize *et al.* (6), teniendo en cuenta el trasfondo de la reforma psiquiátrica y los considerables logros en la integración de dos sistemas de atención de salud mental después de la reunificación, describieron la lucha, actualmente en curso, de un sistema de servicios con buenos recursos (3) para adaptarse a los cambios de la estructura administrativa, a los marcos legales, a las restricciones económicas y a la privatización de algunos de los consorcios de prestación de servicios de salud mental. Los autores concluyeron que el sistema se enfrenta a un grave problema para defender las mejoras de los servicios alcanzadas durante los últimos 35 años.

Una forma de ver estos informes nacionales de los sistemas de salud mental es centrarse en el contraste entre los sistemas fuertemente basados en la salud pública central y un (cierto) control central sobre los principios rectores de la atención de salud mental (Italia, Reino Unido) y los sistemas de salud basados en aseguradoras de salud (Francia, Alemania), con una falta de control central de la atención de salud mental. A menudo, estos últimos sistemas carecen del poder para implantar elementos claves

de configuración de los servicios en las regiones.

Thornicroft ha expresado que la atención comunitaria «[...] es un vehículo de suministro de servicios. Permite ofrecer tratamiento a un paciente, pero no es el tratamiento en sí. Esta distinción es importante, al no haberse enfatizado suficientemente en los actuales ingredientes del tratamiento» (7). Asimismo, una revisión reciente de la bibliografía sobre la «evaluación del contenido de los servicios de salud mental» (8) llegó a la conclusión de que se precisan medidas que aporten una información de mayor profundidad sobre la naturaleza de las intervenciones. Por lo tanto, aparte del impacto de las restricciones de los servicios sanitarios y sociales en los cambios en los servicios de salud mental, es esta incertidumbre en cuanto a qué es lo que hace «funcionar» la atención de salud mental la que sugiere una precaución adicional cuando se analizan las ventajas y las desventajas de la reforma de los servicios de atención de la salud mental.

En su artículo, Thornicroft *et al.* señalan la importancia de los recursos y del «ring-fencing» de los presupuestos de salud mental que, sin duda alguna, constituyen un aspecto clave. Sin embargo, algunos estudios transnacionales indican que no siempre existe una relación lineal entre el monto de los fondos y los resultados obtenidos en los pacientes (9). A partir de la base de los análisis de economía de la salud, algunos autores sugieren que la rentabilidad de los servicios de psiquiatría podría mejorarse significativamente desplazando los recursos de la actual mezcla de intervenciones a estrategias de tratamiento óptimas, basadas en evidencias (10-13). No obstante, como mencionan Thornicroft *et al.*, el desplazamiento de los recursos desde intervenciones menos eficaces a aquellas más eficaces a menudo resulta complicado, debido a la inflexibilidad de los sistemas de reembolso y las prácticas de ingreso. Esto conlleva el riesgo de que las iniciativas para rentabilizar mejor el sistema desemboquen en una política de reducción de gastos. Una manera de abordar los riesgos de una perspectiva simple de reducción de gastos sería combinar la propuesta de este comentario, a saber que las restricciones históricas y estructurales forjen el cambio en los servicios, con la propuesta del artículo de Thornicroft *et al.*: que resulta esencial crear una fuerza de trabajo entusiasta dedicada a un espectro de principios rectores, su implantación y su evaluación.

Un reto clave en el sistema de atención sanitaria y social más amplio es insistir en la importancia de la salud mental, en su base ética, así como en los valores de los usuarios y cuidadores, a fin de promover

la inclusión social. En el contexto más amplio, la serie de principios rectores compartidos por los protagonistas se refiere al sistema de atención social en su conjunto. Los conceptos generales de inclusión social, elección social y derechos humanos deben ser la base de la atención de la salud mental y del objetivo social más amplio de lograr la no discriminación de personas que deben padecer y afrontar sus problemas mentales.

Bibliografía

1. de Girolamo G, Neri G. Mental health in Europe: a long road ahead. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2007;257:63.
2. de Girolamo G, Bassi M, Neri G et al. The current state of mental health care in Italy: problems, perspectives, and lessons to learn. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2007;257:83-91.
3. Knapp M, McDavid D, Amaddeo F et al. Financing mental health care in Europe. *J Ment Health* 2007;16:167-80.
4. Glover G. Adult mental health care in England. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2007;257:71-82.
5. Verdoux H. The current state of adult mental health care in France. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2007;257:64-70.
6. Salize HJ, Rössler W, Becker T. Mental health care in Germany. Current state and trends. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2007;257:92-103.
7. Thornicroft G. Testing and retesting assertive community treatment. *Psychiatr Serv* 2000;51:703.
8. Lloyd-Evans B, Johnson S, Slade M. Assessing the content of mental health services: a review of measures. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2007;42:673-82.
9. Becker T, Kilian R. Psychiatric services for people with severe mental illness across Western Europe: what can be generalized from current knowledge about differences in provision, costs and outcomes of mental health care? *Acta Psychiatr Scand* 2006;113(Suppl. 429):9-16.
10. Issakidis C, Sanderson K, Corray J et al. Modelling the population cost effectiveness of current and evidence based optimal treatment for anxiety disorders. *Psychol Med* 2004;34:19-35.
11. Andrews G, Sanderson K, Corray J et al. Cost effectiveness of current and optimal treatment for schizophrenia. *Br J Psychiatry* 2003;183:427-35.
12. Andrews G, Issakidis C, Sanderson K et al. Utilising survey data to inform public policy: comparison of the cost effectiveness of treatment of ten mental disorders. *Br J Psychiatry* 2004;184:526-33.
13. Saxena S, Sharan P, Garrido Cumbreira M et al. World Health Organization's Mental Health Atlas 2005: implications for policy development. *World Psychiatry* 2006;5:179-84.

Las normas de la casa de la sidra

POVL MUNK-JØRGENSEN

Unit for Psychiatric Research, Aalborg
Psychiatric Hospital, Aalborg, Denmark

Los autores, dos de los cuales se cuentan entre los «Grandes» de la Psiquiatría comunitaria europea, han escrito *The Cider House Rules for Community Psychiatry*, libro del que queremos presentar algunos ejemplos:

- El dinero es crucial para la atención de salud mental.
- El hospital de día ha de financiarse por el número de personas que asisten cada día.
- Puede llegar a hacerse necesario hacer entender al personal que es importante, por ejemplo para su salario o su promoción, que cumplan las tareas, acordadas o no.
- Es vital que el personal de mayor jerarquía tenga una visión global del sistema.
- Un servicio fiable cambia, las mejoras que vayan a ser duraderas tardan tiempo en instaurarse.
- También se precisa tiempo para progresar desde el estado inicial de un cambio hasta la fase de su consolidación.
- Toda persona implicada no debe perder de vista que el objetivo primario de un servicio de salud mental es mejorar la evolución de los pacientes con enfermedad mental.
- La retroalimentación (*feedback*) puede basarse en las quejas y los comentarios recibidos, o puede comprobarse formalmente, por ejemplo, con estudios de la satisfacción de los usuarios del servicio.
- Podremos cometer errores y necesitar modificar el servicio conforme se desarrolla.

¡Noticias frescas! En su evidencia manifiesta, igual que en la película «Las normas de la casa de la sidra» (*The cider house rules*), clavadas en la pared de la casa de la sidra por Olive Worthington, expresan el elevado grado de saber que puede alcanzarse tras tan sólo 25 años de experiencia. En beneficio del lector, vamos a presentar tres ejemplos de la lista original de la película mencionada:

- No fumar en la cama ni utilizar velas.
- No subir a la terraza si ha bebido, especialmente si es de noche.

- No debe haber más de doce personas en la terraza al mismo tiempo.

Los dos autores veteranos se encuentran entre los pioneros que sacaron la Psiquiatría comunitaria europea de su ideología y su romanticismo social para llevarla a la era de las evidencias. Establecieron su investigación pionera en la década de 1980. Desde entonces las cosas han ido evolucionando y, ciertamente, con gran rapidez. El modelo de Verona/Camberwell ya ha tenido su punto culminante. Los actuales servicios pioneros están finalizando gradualmente este modelo de la década de 1980, que ya no es pionero, sino tradicional. En lugar de ello, estamos asistiendo a clínicas expertas basadas en el diagnóstico, organizadas en unidades centralizadas de pacientes ambulatorios. Estas clínicas expertas están vinculadas, por un lado, a algunas camas de plantas de hospitales y, por otro, se amplían a equipos específicos para el abordaje de psicosis en pacientes de tratamiento prolongado, en su mayoría con esquizofrenia. Este modelo posee varias ventajas, de las que las más importantes son:

- Puede interceptar e integrar fácilmente la enorme cantidad de conocimientos nuevos disponibles acerca de tratamientos actualizados, así como la prevención de todo el espectro de las enfermedades cerebrales mentales.
- Puede incluir fácilmente los avances en tratamientos físicos a la gran cantidad de pacientes con afecciones psiquiátricas que también padece enfermedades físicas.
- Abre la posibilidad de tratamientos eficaces y racionales de la mayoría de las enfermedades psiquiátricas y de los trastornos mentales más frecuentes: depresión, ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo, y otros.

Podríamos preguntarnos por qué ha de estimularse que en reemplazo de servicios todavía basados en modelos hospitalarios se implanten servicios bajo un modelo comunitario tradicional. Por qué no pasar directamente a los tiempos presentes, utilizando los conocimientos más recientes, o como dijo Shakespeare: «*De aquí, de Verona*» –¿y quizás también de Camberwell?– «*estás desterrado. No te impacientes,*» –(!?)– «*pues el mundo es grande y extenso*».

La Psiquiatría comunitaria europea representada por el modelo italiano/británico ha sustituido a los hospitales mentales, los asilos y los manicomios. Se han utilizado palabras duras y condescendientes sobre estos servicios susti-

tuidos. Esto no es del todo justo. Cuando se implantaron los asilos, realmente supusieron un desplazamiento de los paradigmas establecidos por *alienistas* de pensamiento humanístico idealista. El hecho de que fueran superados por el desarrollo de las cosas es una historia completamente distinta.

El modelo de Psiquiatría comunitaria de la década de 1980 tiene el grave riesgo de desembocar en la misma posición de pensamientos retrógrados, impidiendo el acceso de los pacientes a tratamientos nuevos y mejores. Entre las generaciones más jóvenes de psiquiatras, la Psiquiatría comunitaria ya ha sido bautizada como *Psiquiatría de código postal*, lo cual no es precisamente un pipero.

Los autores introducen su artículo declarando que referirán y analizarán exclusivamente sus experiencias, sin incluir conocimientos basados en evidencias. En consecuencia, al elegir un modelo basado en la eminencia y no en la evidencia, no podemos criticarlos por no entrar en una discusión documentada sobre lo que realmente es importante: el resultado (para el paciente y no, como en el artículo, principalmente para el bienestar del personal). Sin embargo, por mi parte, en la próxima ocasión que el eje Verona/Camberwell publique un artículo, desearía que comentaran por ejemplo, los siguientes aspectos:

- ¿Cómo puede llegar la Psiquiatría comunitaria a la masa crítica de los neuropsiquiatras altamente capacitados y formados, haciendo posible que, en todo momento, la organización esté profesionalmente actualizada? (1).
- ¿Cómo puede atraer la Psiquiatría basada en la Psiquiatría comunitaria a los psiquiatras? (2).
- ¿En qué medida puede prevenir la Psiquiatría comunitaria la prevalencia demasiado elevada de enfermedades físicas y muerte prematura por enfermedades físicas en personas con afecciones mentales? (3-5).
- ¿En qué medida puede frenar y prevenir la Psiquiatría comunitaria la reinstitucionalización que se observa tras pasar del tratamiento hospitalario al comunitario? (6).
- ¿En qué medida puede prevenir la Psiquiatría comunitaria la politerapia? (7).
- ¿En qué medida puede frenar y prevenir la Psiquiatría comunitaria el incremento de la criminalidad observado en personas con enfermedades mentales tras el cambio de tratamiento hospitalario al comunitario? (8).

Bibliografía

1. Søndergård L. Recruitment problems in psychiatry: just a matter of more exposition? *Acta Psychiatr Scand* 2007;116:235-7.
2. Malhi GS, Parker GB, Parker K et al. Shrinking away from psychiatry? A survey of Australian medical students' interest in psychiatry. *Aust N Zeal J Psychiatry* 2002; 36:416-23.
3. Leucht S, Burkard T, Henderson J et al. Physical illness and schizophrenia: a review of the literature. *Acta Psychiatr Scand* 2007;116:317-33.
4. Harris EC, Barraclough B. Excess mortality of mental disorder. *Br J Psychiatry* 1998; 62:247-53.
5. Amaddeo F, Barbui C, Perini G et al. Avoidable mortality of psychiatric patients in an area with a community based system of mental health care. *Acta Psychiatr Scand* 2007;115:320-5.
6. Priebe S, Badesconyi A, Fioritti A et al. Re-institutionalisation in mental health care: comparison of data on service provision from six European countries. *BMJ* 2005; 330:123-6.
7. Tomasi R, de Girolamo G, Santone G et al. The prescription of psychotropic drugs in psychiatric residential facilities: a national survey in Italy. *Acta Psychiatr Scand* 2006; 113:212-23.

Un puente entre la experiencia y la evidencia en la reforma de la salud mental

LUIS SALVADOR-CARULLA

Departamento de Psiquiatría, Universidad de Cádiz, y Asociación Científica PSICOST, Jerez, España

La ley Community Mental Health Act de 1963 en EE.UU. ha dado lugar a un proceso de desinstitucionalización que ha demostrado ser un fracaso mixto, en especial allí donde no se disponía de servicios comunitarios en las áreas de cobertura. Diez años más tarde, John Talbott (1) informó que los reingresos hospitalarios (la «puerta giratoria») constituían un importante problema y que casi la mitad de dichos reingresos podría evitarse con mejoras menores de los servicios existentes. A pesar de este indicio precoz, los efectos de «puerta giratoria» acompañaron a las reformas psiquiátricas en muchos países. Treinta años más tarde, Talbott publicó los «10 mandamientos» de la atención comunitaria de la salud mental y resumió en cuatro factores principales los motivos de los problemas creados con la desinstitucionalización: falta de consenso sobre el movimiento, ningún examen real de sus bases filosóficas, falta de planificación de instalaciones y servicios alternativos, e inadecuación del sistema de suministro de servicios de salud mental (2).

En el artículo de Thornicroft *et al.*, los autores utilizan el enfoque del conocimiento experto para enmarcar la atención comunitaria dentro del sentido común y para describir los diez retos que se afrontarán al intentar implantar y mejorar dicho sistema de atención. El artículo se centra principalmente en los retos de la reforma de la atención en los servicios individuales (micronivel). Puede añadirse una serie de comentarios para compren-

der mejor las actuales tendencias de la toma de decisiones y la planificación en la parte superior de la matriz de Thornicroft y Tansella (3): el sistema de atención regional o nacional (macronivel).

La atención de la salud mental en el mundo real se desarrolla como un sistema ambiental complejo caracterizado por: multidisciplinaridad; alta dimensionalidad, con dominios mal estructurados y no lineales, y elevada incertidumbre, con heterogeneidad de datos e información imprecisa (4, 5). Los sistemas complejos de atención demuestran otras características identificables, como anclaje, autoorganización, e imprevisibilidad. Bajo estas condiciones, no pueden obtenerse evidencias utilizando los diseños y los métodos estadísticos de la medicina basada en evidencias. Las herramientas de evaluación de la nueva tecnología de salud incluyen control de resultados, sistema de apoyo de decisiones y descubrimiento de conocimientos a partir de datos (*knowledge discovery from data*, KDD). El KDD es un híbrido de estadística e inteligencia artificial que incorpora, al análisis de datos, conocimientos expertos implícitos. En el análisis de los sistemas complejos, la opinión experta no es una fuente de sesgo, sino un componente clave del control de conocimientos y del desarrollo de modelos matemáticos. Por lo tanto, se incorpora la experiencia en la planificación de la atención de salud mental basada en evidencias (5).

Ya se ha cerrado el debate clásico entre Psiquiatría hospitalaria y Psiquiatría comunitaria. En la actualidad, la evidencia creciente transmite un mensaje simple y claro: los hospitales psiquiátricos tradicionales forman parte de un sistema desfasado de suministro de servicios que debe

abandonarse o transformarse por completo. Si bien existen fallos y esos hospitales se reproducen a un ritmo persistente, se han cerrado con éxito hospitales psiquiátricos en varios países y regiones, mientras que en otras áreas estos servicios se han modificado a sistemas integrales de atención de la salud (6). Por otro lado, el cierre de un hospital psiquiátrico genera una resistencia social y un desasosiego similares al cierre de cualquier otro servicio en sectores económicos rudimentarios, en especial cuando el hospital es una de las principales fuentes de empleo en comunidades que, a menudo, están aisladas (7). De forma sorprendente, las necesidades del personal y la dinámica social no se gestionan del mismo modo que en otros sectores económicos. Involucrar a otros ministerios o a organismos nacionales puede favorecer la desinstitucionalización en países de ingresos medios. Thornicroft *et al.* plantean que la reforma de los hospitales psiquiátricos debe estar guiada por la experiencia y el sentido común, tanto como por valores. Bulgaria y otros países del Este de Europa ofrecen un buen ejemplo de esta complejidad de la reforma hospitalaria. Las críticas surgidas frente a la política del Banco Mundial para subvencionar las «mejoras» en los hospitales psiquiátricos búlgaros enfrentan la realidad de las crisis de urgencia con los derechos humanos de las personas que viven en estas instituciones. El equilibrio de este enfoque de la atención puede facilitar una mejor apreciación de estos problemas.

La Psiquiatría comunitaria clásica da una importancia central al cierre de hospitales psiquiátricos y al desarrollo de servicios comunitarios especializados, mayoritariamente la atención residencial e intermedia de enfermedades mentales graves. Durante los últimos años, un nuevo equilibrio del modelo de atención ofrece una visión más amplia del sistema de salud mental. Los enfoques centrados en la persona y las perspectivas longitudinales son claves de este nuevo marco. El

nuevo marco tiene en cuenta el equilibrio entre la atención residencial y la atención comunitaria, entre atención primaria y atención especializada, y entre la atención sanitaria, social y forense, dentro de un enfoque integral (multisectorial) del suministro de servicios (7). Se presta especial atención a los recursos transitorios necesarios durante el proceso de logro del nuevo equilibrio en la atención de personas con problemas de salud mental, y al resultado de los estadios posteriores de este proceso. Por ejemplo, se ha identificado que la reinstitucionalización constituye una tendencia preocupante de los sistemas bien desarrollados de atención comunitaria en Europa Occidental (8).

Hasta la fecha, los sistemas de salud mental han sido descritos principalmente a través de las características del sistema y de los macroindicadores del desarrollo del sistema, y se ha enfatizado la desinstitucionalización y la Psiquiatría comunitaria. Sin embargo, hasta hace poco, se había presentado poca información sobre la financiación de los sistemas de salud mental. Los estudios de financiación de la atención se refieren al flujo de gastos a lo largo del sistema de atención. El Mental Health Economics European Network ha descrito los sistemas de financiación de 17 países europeos e identificado los aspectos comunes y las diferencias (9). Por separado, se ha publicado una amplia información sobre el sistema de financiación de una serie de estos países (10, 11). La evaluación y la comparación de los sistemas de financiación representan un enfoque de «seguimiento del dinero», que puede ofrecer una información más exacta sobre el sistema de atención que la proporcionada por otros métodos de descripción tradicionales. La Organización Mundial de la Salud también ofrece un marco para generar informes estándar sobre la financiación de la salud mental (conjuntos de datos, contexto, mapeado, base de recursos, ubicación, presupuestos, compras y análisis financieros). La financiación es una de las principales herramientas políticas para dirigir las reformas de los servicios de salud mental (12, 13).

Bibliografía

1. Talbott JA. Stopping the revolving door – a study of readmissions to a state hospital. *Psychiatr Q* 1974;48:159-68.
2. Talbott JA. Deinstitutionalization: avoiding the disasters of the past. *Psychiatr Serv* 2004;55:1112-5.
3. Tansella M, Thornicroft G. A conceptual framework for mental health services: the matrix model. *Psychol Med* 1998;28:503-8.

4. Spate J, Gibert K, Sánchez-Marrè M et al. Data Mining as a tool for environmental scientists. Presented at the First Workshop of Data Mining Techniques for Environmental Scientists, Vermont, July 2006.
5. Salvador-Carulla L, Haro JM, Ayuso-Mateos JL. A framework for evidence based mental health care and policy. *Acta Psychiatr Scand* 2006;111(Suppl. 432):5-11.
6. Meyer RE. The Sheppard and Enoch Pratt Hospital, Towson, Maryland. In: Meyer RE, McLaughlin CJ (eds). *Between mind, brain and managed care*. Washington: American Psychiatric Press, 1998:235-6.
7. Medeiros H, McDaid D, Knapp M et al. Shifting care from hospital to the community in Europe: economic challenges and opportunities. www.mheen.org.
8. Priebe S, Badesconyi A, Fioritti A et al. Re-institutionalisation in mental health care: comparison of data on service provision

from six European countries. *BMJ* 2005; 330:123-6.

9. Knapp M, McDaid D, Amaddeo F et al. Financing mental health care in Europe. *J Ment Health* 2007;16:167-80.
10. Salvador-Carulla L, Garrido M, McDaid D et al. Financing mental health care in Spain. *Eur J Psychiatry* 2006;20:29-44.
11. Zechmeister I, Oesterle A. Distributional impacts of mental health care financing arrangements: a comparison of the UK, Germany and Austria. *J Ment Health Policy Econ* 2006;9:35-44.
12. World Health Organization. *Mental health financing*. Geneva: World Health Organization, 2003.
13. Saxena S, Sharan P, Garrido Cumbra M et al. World Health Organization's Mental Health Atlas 2005: implications for policy development. *World Psychiatry* 2006;5: 179-84.

Concediendo una mirada fría, pero llena de esperanza

ROBERT ROSENHECK

Yale Medical School, Northeast Program Evaluation Center, West Haven, USA

Se sabe que es sumamente complicado modificar sistemas complejos, arraigados en viejas creencias y respaldados por poderosos grupos de intereses. Sin embargo, en un plazo de tan sólo 20 o 30 años, desde principios de la década de 1960 hasta la década de 1980, el antiguo sistema de «atención» de personas con enfermedades mentales graves ha sido virtualmente demolido. En EE.UU., la población residente en hospitales mentales estatales descendió de más de 500.000 en la década de 1950 a alrededor de una décima parte 50 años más tarde. Esta transformación, que sigue produciéndose hasta hoy en día, tanto en EE.UU. como en otras partes del mundo, fue el resultado de una «tormenta perfecta» de fuerzas independientes que trabajan en un amplio espectro de niveles de la sociedad. En los niveles superiores se sitúan: a) un movimiento a favor de los derechos civiles, que inundó la sociedad americana, instigado por los conflictos internacionales creados por los sistemas totalitarios del fascismo y del comunismo; b) experimentos visionarios políticos que, deseosos de transformar las vidas de personas con en-

fermedades mentales graves, buscaron una reforma institucional, y c) los responsables de las políticas económicas nacionales que, enfrentados al aumento de los salarios de los trabajadores hospitalarios, deseaban recortar los limitados presupuestos reduciendo la costosa atención hospitalaria. A un nivel intermedio se encuentran: los jefes del sistema de salud mental, responsables de diseñar los sistemas de atención regional; los directores de instituciones locales y los jefes clínicos de estas instituciones, los cuales quisieron crear nuevos programas, formar un nuevo tipo de profesionales y reestructurar la atención para que ésta propicie una vida más plena y cercana a las comunidades en donde residen las personas. Finalmente, los médicos que trabajan directamente con los pacientes (y que, a la vez, quieren conservar su trabajo), los pacientes y sus familias intentaron encontrar una vía para una nueva forma de interacción que permitiera una vida más digna y libre.

Thornicroft *et al.* disponen de largos años de práctica en transformar y ser transformados por los sistemas públicos de salud mental para poder esquematizar sus experiencias en el nivel intermedio de esta larga cadena. Centran su presentación alrededor de «diez retos clave». La palabra «reto» (*challenge*) ha adquirido

una notable ambigüedad en el inglés coloquial, reflejando bien la oportunidad para salir triunfantes y victoriosos, bien un eufemismo para referirse a un fracaso inevitable, con muchos claroscuros entre estos extremos. Haciendo honor a ambos significados, Thornicroft *et al.* describen las amplias posibilidades que se plantean cuando unos aprendemos de otros, observamos la forma en que otra persona se adapta a nuevas circunstancias y nos vinculamos mediante una relación de apoyo mutuo e incluso mediante celebraciones para crear «comunidades de aprendizaje». En el lado más oscuro, destacan los retos y problemas que se plantean por la ansiedad del personal ante los cambios y la pérdida de la rutina conocida de sus trabajos, así como por la oposición rígida de los intereses amenazados, los vecinos reacios y los estamentos superiores del gobierno que recortan sin piedad los presupuestos. Sus reflexiones pueden interpretarse como si los autores recién hubieran podido tomar aire durante una dura batalla, para explicarnos que el camino es muy arduo en ocasiones, pero que el apoyo mutuo y el aprendizaje mutuo a veces nos regalan oportunidades inesperadas de éxito y apoyo. A todos nosotros, esto nos muestra el equilibrio agri dulce de un movimiento social entre un progreso notable frente a los grandes obstáculos y un fracaso en conseguir su objetivo sobredi-

mencionado de permitir a personas con enfermedades mentales graves experimentar el mismo espectro de oportunidades que otros miembros en sus comunidades.

El foco en la experiencia se diferencia sabiamente del foco en la ética y en la evidencia, atrayendo la atención al turbio mediocampo de tácticas, estrategias y políticas destinadas a hacer avanzar las cosas a través de pequeñas negociaciones, exitosas persuasiones y estudiadas alianzas. Estos «avances» pueden inspirar esperanza, aunque suelen obtener sólo un éxito parcial. Charles Lindbloom (1) es famoso por describir la implantación de la política pública como el *muddling through* («salir del paso»), y Grob y Goldman (2) celebran los éxitos mínimos de los pequeños cambios graduales.

Resulta destacable y desmoralizador que la insistente persistencia del campo de la salud mental comunitaria sea, en parte, atribuible al hecho de que los grandes avances en la ciencia cerebral básica de años recientes no hayan dado conocimientos útiles sobre las causas de las enfermedades mentales graves ni, mucho menos, llevado a su curación. El progreso científico médico ha sido lento y los beneficios desde la perspectiva del médico o del consumidor son casi nulos. De este modo, la tarea se mantiene en el *muddle through*, y hacemos lo que podemos en

una época en la que no se avizora un rápido avance biomédico. No obstante, de año en año, de década en década, los sistemas parecen hacerse más fuertes, y los médicos son más expertos en trabajar en el ámbito más libre de la comunidad. De los propios usuarios han surgido el apoyo entre iguales, la recuperación y otras innovaciones; es de esperar que todo ello, conjuntamente con intervenciones prácticas, como el empleo subvencionado o el tratamiento comunitario efectivo (*assertive community treatment*, TAC), permita hacer las cosas un poquito mejor.

Al centrarse en estos retos, Thornicroft *et al.* ofrecen una visión realista y esperanzadora de lo que hay que hacer en el mundo gris de la salud mental comunitaria. Su consejo coincide con la expresión de W.B. Yeats: «Concede una mirada fría a la vida, a la muerte, Jinete: ¡pasa de largo!».

Bibliografía

1. Lindblom C. The science of 'muddling through'. *Public Administration Review* 1959;19:79-88.
2. Grob GN, Goldman HH. The dilemma of federal mental health policy: radical reform or incremental change. New Brunswick: Rutgers University Press, 2007

Retos a los que se enfrenta la creación de servicios comunitarios de atención de la salud mental en países en desarrollo

R. SRINIVASA MURTHY,
KISHORE KUMAR

*National Institute of Mental Health and
Neurosciences, Bangalore, India*

El estimulante artículo de Thornicroft *et al.*, que induce a la reflexión, nos retrotrae a la época en que empezamos nuestra carrera de Psiquiatría a principios de la década de 1970, cuando el tema de la desinstitutionalización se encontraba a la cabeza de las discusiones profesionales. Durante ese período, cuando nuestros colegas occidentales estaban ocupados en el desarrollo de programas comunitarios de salud mental, el reto para nosotros en países como la India residía en desarrollar

servicios que utilizaran recursos de la comunidad ya disponibles. Como destaca German (1), «La principal ventaja del psiquiatra en un país en desarrollo es la gran escasez de provisiones previas para enfermos mentales. Por lo tanto, no ha de gastar energías en los frustrantes intentos de dismantelar una infraestructura administrativa inerte y engorrosa; tampoco tiene que preocuparse por encontrar un método para absorber el gran número de hospitales mentales contruidos sólidamente y a modo de prisión dentro de un programa psiquiátrico más eficiente y humano. Otro aspecto que tampoco le causa preocupación es la lucha con el batallón del personal de diferentes categorías, cada uno contrario a cambiar desde la seguridad de sus funciones bien definidas al de-

safío de los retos del presente y del futuro [...]».

Muchos de nosotros nos aferramos inicialmente, en los países en desarrollo, a la oportunidad del «lienzo en blanco», implantando un enfoque comunitario (2) destinado a mejorar la disponibilidad de personal de salud mental. Esto era tanto una cuestión de necesidad, al no haber instituciones de atención a personas con trastornos mentales, como de elección, guiada por los cambios en el escenario internacional, así como por las características culturales de la sociedad.

Un buen ejemplo, en la fase inicial del desarrollo de la atención de salud mental en la India, fue la forma de implicar a los miembros de la familia en la atención cotidiana de la salud mental (3, 4). Otros en-

foques que utilizamos fueron la integración de la salud mental en la atención sanitaria general y la utilización de personal no especializado para una amplia variedad de tareas de salud mental, como la prevención del suicidio, la atención de catástrofes psicosociales, la atención a drogodependientes, la rehabilitación, la atención a personas con retrasos mentales y esquizofrenia, la formación en salud mental pública y la atención de la salud mental en niños y ancianos (5-8).

Los retos que se plantearon en los países en desarrollo, durante este proceso, fueron los siguientes:

- Necesidad de simplificar las capacidades necesarias para el trabajo en la atención de salud mental y revisarlas e innovarlas de forma continuada, para ir adaptándolas a la realidad de las necesidades de la comunidad. Para la atención que deben prestar los trabajadores sanitarios, los docentes, los voluntarios y los miembros de la familia, es necesario utilizar intervenciones simples. Los profesionales han de desarrollar la información apropiada en un formato simple e identificar la intensidad y los límites de la atención que debe ofrecer este personal. Ello implica centrar la formación en determinados trastornos mentales considerados prioritarios, limitar el espectro de medicamentos que deben utilizar los médicos generales y desarrollar directrices de referencia.
- Apertura hacia la propuesta de compartir las responsabilidades de atención de la salud mental con profesionales no psiquiatras, superando el miedo de algunos profesionales de perder su trabajo, identidad e ingresos. El método que muchos de nosotros hemos aplicado no implica convertir al profesional no especialista en un «minipsiquiatra», sino identificar la función pertinente, factible y posible que puede realizar un determinado profesional no psiquiatra.

- Necesidad de reducir la cantidad de tiempo dedicado a la atención clínica individual y aumentar el tiempo para la formación de otro personal. Se trata de un enorme reto para médicos que otorgan gran valor a atender ellos mismos a las personas enfermas. Este cambio en las funciones se hace importante cuando se reconoce que formar a otras personas tiene un efecto multiplicador en los servicios de salud mental para la población.
- Necesidad de dedicar un tiempo significativo al apoyo periódico y a la supervisión de los no especialistas. Los informes de la atención de salud mental en países en desarrollo han demostrado repetidas veces la importancia de que los psiquiatras apoyen y supervisen al personal no especializado. Afortunadamente, la disponibilidad fácil y barata de teléfonos móviles e Internet permite ayudar a distancia a los no especialistas sobre una base continuada e interactiva.
- Necesidad de adquirir la capacidad de trabajar en la comunidad con personal del sector de educación, personal del sector de bienestar social, organizaciones voluntarias y responsables de las políticas públicas. Ello incluye comprender el proceso de planificación, luchar para que se priorice la salud mental en los programas de salud, familiarizarse con los procedimientos legales y de presupuestos, y desarrollar habilidades de negociación con diferentes instancias.

A consecuencia de estos retos, el psiquiatra puede sentirse superado y tener la sensación de estar fuera de lugar. Sin embargo, nuestra experiencia nos dice que también hay una considerable satisfacción, ya que, en un plazo breve de tiempo, tenemos la oportunidad de acercar los servicios a las personas y contribuir a una mayor comprensión de las necesidades de las personas con trastornos mentales (9). Además, estos enfoques tienen el poten-

cial de permitir aprender y desarrollar nuevas formas de efectuar la atención de los problemas de salud mental (6).

World Psychiatry 2008; 7:93-102

Bibliografía

1. German A. Trends in psychiatry in Black Africa. In: Arieti S, Chrzanowski G (eds). *New dimensions in psychiatry – A world view*. New York: Wiley, 1975:409-27.
2. Srinivasa Murthy R, Wig NN. The WHO collaborative study on strategies for extending mental health care, IV: A training approach to enhancing the availability of mental health manpower in a developing country. *Am J Psychiatry* 1983;140:1486-90.
3. Agarwaal SP, Goel DS, Ichhpujani RL et al (eds). *Mental health – An Indian perspective (1946-2003)*. New Delhi: Directorate General of Health Services, Ministry of Health and Family Welfare, 2004.
4. World Health Organization. *Mental health in the Eastern Mediterranean region – reaching the unreached*. Cairo: World Health Organization, 2006.
5. Patel V, Thara R (eds). *Meeting mental health needs in developing countries: NGO innovations in India*. New Delhi: Sage, 2003.
6. Srinivasa Murthy R (ed). *Mental health by the people*. Bangalore: Peoples Action For Mental Health, 2006.
7. Chatterjee S, Patel V, Chatterjee A. Evaluation of a community based rehabilitation for chronic schizophrenia in India. *Br J Psychiatry* 2003;182:57-62.
8. Srinivasa Murthy R, Kumar KV, Chisholm D et al. Community outreach for untreated schizophrenia in rural India: a follow-up study of symptoms, disability, family burden and costs. *Psychol Med* 2004;34:1-11.
9. Srinivasa Murthy R. The National Mental Health Programme: progress and problems. In: Agarwaal SP, Goel DS, Ichhpujani RL et al (eds). *Mental health – An Indian perspective (1946-2003)*. New Delhi: Directorate General of Health Services, Ministry of Health and Family Welfare, 2004:75-91.

Eficacia y especificidad de una intervención grupal escolar en niños y adolescentes expuestos a la guerra del Líbano

ELIE G. KARAM^{1,2}, JOHN FAYYAD^{1,2}, AIMEE NASSER KARAM^{1,2}, CAROLINE CORDAHI TABET^{1,2},
NADINE MELHEM^{2,3}, ZEINA MNEIMNEH²⁻⁴, HANI DIMASSI^{2,5}

¹Department of Psychiatry and Clinical Psychology, St. George Hospital University Medical Center and Balamand University Medical School, Beirut-Achrafieh, Lebanon

²Institute for Development, Research, Advocacy and Applied Care (IDRAAC), Lebanon

³Western Psychiatric Institute and Clinic, University of Pittsburgh, PA, USA

⁴Program in Survey Methodology, Institute for Social Research, University of Michigan, Ann Arbor, MI, USA

⁵School of Nursing, Faculty of Medicine, American University of Beirut, Lebanon

El objetivo de este estudio fue examinar la eficacia y la especificidad de una intervención psicosocial escolar tras la guerra. Todos los estudiantes (n = 2.500) de seis pueblos en el sur de Líbano considerados como los más fuertemente expuestos a la guerra recibieron una intervención escolar efectuada por profesores en los grupos de clase, consistente en estrategias cognitivo-conductuales y de entrenamiento en técnicas de inoculación de estrés. Se evaluó una muestra aleatoria de estudiantes tratados (n = 101) y un grupo de control idéntico (n = 93) un mes después de la guerra y un año más tarde. Los trastornos mentales y los factores psicosociales estresantes fueron evaluados utilizando la Diagnostic Interview for Children and Adolescents-Revised with Children and Parents. La exposición a la guerra se midió utilizando el War Events Questionnaire. La prevalencia del trastorno depresivo mayor, el trastorno de ansiedad por separación y el trastorno por estrés postraumático (TEPT) fue valorada antes de la guerra, un mes después de la guerra (preintervención) y un año después de la guerra. La especificidad del tratamiento se determinó mediante la valoración de los diarios de terapia de los profesores. Las tasas de trastornos fueron máximas un mes después de la guerra y descendieron a lo largo de un año. No se verificaron efectos significativos de la intervención en las tasas de trastorno depresivo mayor, trastorno de ansiedad por separación o TEPT. La presencia de los tres trastornos después de la guerra se asoció a la presencia de trastorno de ansiedad por separación y TEPT previos a la guerra, parámetros de violencia familiar, problemas económicos y haber sido testigo de acontecimientos bélicos. Estos hallazgos tienen importantes repercusiones en la política y la salud pública, dadas las actuales prácticas de ofrecer intervenciones universales inmediatamente después de la guerra.

Palabras clave: guerra, depresión, ansiedad por separación, trastorno por estrés postraumático, intervención escolar basada en grupos de clase

En las últimas dos décadas se han propuesto e implantado muchos modelos de tratamiento postraumático para niños y adolescentes, que ofrecen directrices para los primeros auxilios psicológicos y las intervenciones psicológicas (1-4). Sin embargo, se dispone de pocos datos empíricos en apoyo de diferentes intervenciones de tratamiento y de pocos estudios bien diseñados para examinar su eficacia (5, 6). Hasta la fecha, las pruebas más fiables de la eficacia de las intervenciones postraumáticas proceden de estudios comparativos aleatorizados de tratamientos individuales de abuso sexual de niños, utilizando la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma (7). Sin embargo, los tratamientos individuales pueden no ser prácticos a gran escala, por lo que se precisan intervenciones dirigidas a grupos de niños.

Se han realizado estudios de intervenciones grupales con niños y adolescentes después de catástrofes naturales (8, 11), catástrofes de origen humano (12, 13), situaciones estresantes únicas (14) y violencia comunitaria (15). Sin embargo, muchos estudios están limitados por la falta de un grupo de comparación. Por lo tanto, resulta complicado concluir si la mejoría referida en la salud mental y en otros parámetros psicosociales se debe al modelo subyacente a la propia intervención, a factores inespecíficos comunes a todas las intervenciones, a factores no evaluados relacionados con el apoyo social, o sólo al efecto del tiempo. Además, la mayor parte de los estudios de intervenciones grupales utilizó sólo las valoraciones referidas por los propios niños y no entrevistas diagnósticas realizadas a niños y a padres.

La evidencia de la eficacia de las intervenciones después de acontecimientos bélicos y terroristas es incluso más escasa (16). En EE.UU. se han utilizado, tras los ataques terroristas, programas basados en manuales, pero todavía no se han examinado los resultados (17, 18). También se han propuesto modelos de intervenciones grupales y comunitarias con posterioridad a la

guerra, pero no se ha investigado su eficacia (19-23). Un estudio refirió mejorías en algunos parámetros evaluados en niños bosnios cuyas madres fueron aleatorizadas a recibir apoyo psicosocial grupal y atención médica básica una vez a la semana, o sólo atención médica básica (24). En un estudio no controlado que evaluó la eficacia de la psicoterapia grupal centrada en el trauma y la pena en adolescentes bosnios se informó un descenso de los trastornos de estrés postraumático (TEPT), depresión, y síntomas de pena (25). No se observó ningún impacto significativo de las intervenciones grupales en el estrés postraumático autovalorado y en los síntomas depresivos en niños palestinos gravemente afectados, distribuidos en tres grupos de diferentes intervenciones (26). En un estudio comparativo sobre terapia cognitivo-conductual grupal de jóvenes refugiados de guerra no se mantuvieron las mejorías en el seguimiento realizado dos meses más tarde (27). En un estudio de niños y adolescentes palestinos de Franja Oeste y de Gaza que recibieron actividades grupales estructuradas y formación parental, las puntuaciones de la Child Behavior Checklist después de la intervención fueron significativamente menores en el grupo de intervención que en el de comparación, pero únicamente en las chicas (28). Otros estudios piloto no comparativo consistieron en un ensayo sobre terapia de exposición narrativa de adolescentes refugiados somalíes que informó un descenso del estrés postraumático y de las puntuaciones de depresión (29), un ensayo de un programa multimodal para adolescentes refugiados de Kosovo que refirió un descenso de los síntomas de depresión y de ansiedad, pero persistencia de TEPT en 3 de los 6 participantes (30), y un estudio de técnicas mentales y corporales en 139 universitarios de Kosovo que también informó un descenso de las puntuaciones de estrés postraumático tras la intervención (31).

Por lo tanto, existe una significativa falta de estudios controlados bien diseñados de tratamiento grupal de niños y adolescentes con posterioridad a las situaciones traumáticas (32),

y se sabe muy poco sobre los aspectos específicos de estas intervenciones que pueden dar lugar a una mejora de los resultados (33).

El Sur del Líbano ha sido escenario de guerra durante muchas décadas y sufrió en 1996 una operación militar importante en las regiones sur y suroeste del Bekaa. Las familias estuvieron expuestas en sus casas o refugios a tiros y bombardeos por tanques, aviones y buques de guerra durante 15 días. Se produjeron cientos de muertes, miles de heridos, considerable destrucción de la propiedad y desplazamientos de comunidades enteras. El objetivo de este artículo es examinar la eficacia y la especificidad de una intervención psicosocial efectuada en los grupos de clase escolar, implantada tras la guerra.

MÉTODOS

Participantes

Recibieron la intervención todos los estudiantes ($n = 2.500$, grados escolares: 1-9) de los seis colegios públicos localizados en seis pueblos considerados por el Ministerio de Educación como los más fuertemente expuestos a la guerra. De estos estudiantes, 116 fueron seleccionados aleatoriamente para representar diferentes escuelas y niveles de estudios, y sometidos a un proceso de evaluación. El grupo de comparación consistió en 93 estudiantes que fueron seleccionados de un grupo diferente de colegios en los que no se realizó la intervención. La asignación aleatoria de los estudiantes al tratamiento y al grupo de comparación no fue posible, ya que era obligatorio que estos seis colegios particulares recibieran la intervención. Los estudiantes de los grupos de tratamiento y de comparación eran idénticos en cuanto a edad, sexo y grado de exposición a la guerra.

Procedimientos

La evaluación basal fue realizada un mes después de la guerra en ambos grupos de individuos, administrando la Diagnostic Interview for Children and Adolescents-Revised (DICA-R) (34) tanto a los participantes como a sus padres. Las entrevistas se efectuaron en los correspondientes colegios tras recibir el consentimiento informado escrito de los padres. Los entrevistados eran trabajadores de la atención sanitaria con nivel de bachillerato, que recibieron una formación de cuatro días sobre la batería de entrevistas. Se tradujo al árabe la DICA-R, en sus tres versiones (niños, adolescentes y padres). La traducción al inglés fue realizada por un traductor independiente, seguida de pruebas piloto de campo. La forma definitiva se adoptó tras una reunión de consenso para resolver diferencias entre las versiones, si todavía existían. Se utilizaron las siguientes entidades diagnósticas: trastorno depresivo mayor, trastorno de ansiedad por separación y trastorno por estrés postraumático (TEPT). Los diagnósticos se establecieron conforme a los criterios DSM-III-R (35). Sin embargo, se requirió una confirmación del deterioro funcional, para asegurar la significación clínica y para que el diagnóstico fuera más compatible con el espíritu del DSM-IV (36). Algunos individuos fueron entrevistados 3 semanas después de la guerra, por lo que no fue posible cumplir en modo algunas las necesarias 4 semanas de duración de los síntomas del TEPT. La evaluación diagnóstica se repitió un año más tarde.

En la evaluación inicial, se valoraron mediante el instrumento DICA-R los factores psicosociales estresantes (enfermedad grave, enfermedad médica no psiquiátrica, problemas económicos, duelo, violencia familiar, miedo a sufrir violencia física, ha-

ber sido víctima de violencia física o tener un familiar cercano víctima de violencia física.

La naturaleza y la magnitud de la exposición a la guerra se evaluaron con el War Events Questionnaire (WEQ). Se trata de una entrevista cara a cara realizada con los padres, preguntándoles sobre la exposición del niño y su vivencia directa de destrucción del hogar o lesiones físicas al niño, a miembros de la familia o a otros allegados al niño. El equipo del autor había desarrollado y utilizado previamente el WEQ con un coeficiente de fiabilidad entre examinadores de 0,3-0,8 (37, 38).

Se obtuvo la aprobación del estudio por parte del Ethics Review Board de St. George Hospital University Medical Center/University of Balamand Faculty of Medicine de Beirut, Líbano.

Intervención

La intervención fue conceptualizada a partir del trabajo de Pynoos y Nader (3), pero fue ajustada a fin de adaptarla al contenido específico de las circunstancias de la posguerra. Consistió en una combinación de estrategias cognitivo-conductuales y formación en inoculación de estrés. Los ejemplos de las estrategias utilizadas en la intervención son: reestructuración cognitiva, expresión; exposición de las experiencias traumáticas individuales, a fin de compartir temores comunes; estrategias de resolución de problemas y de afrontamiento; utilización de herramientas como dibujo, desempeño de roles (*role-playing*) y redacción de ensayos para explorar las suposiciones y las creencias; discusiones sobre duelo, tristeza, ansiedad y depresión; estimulación de la búsqueda de ayuda y del proceso de recuperación. Estas técnicas se ajustaron al nivel de desarrollo de los estudiantes.

La intervención fue suministrada a los 2.500 estudiantes por 68 profesores de dedicación exclusiva de los colegios seleccionados. Cada director de colegio eligió los profesores a partir de su fiabilidad, firmeza y dedicación. La intervención se efectuó en sesiones diarias de 60 minutos, durante 12 días escolares consecutivos.

Los profesores recibieron una formación intensiva en un día y después fueron supervisados cada 2-3 sesiones. La formación se efectuó según un manual estructurado, que informaba a los profesores de los objetivos del tratamiento y brindaba la secuencia específica de los pasos en que se debía realizar la intervención. En la última parte de la formación, se efectuó con los propios profesores un trabajo basado en el desempeño de roles y en la expresión de sus propios miedos, luchas y problemas resultantes de la exposición a la guerra.

Los profesores tuvieron que llevar un diario estructurado, que ofrecía una descripción detallada día a día de las sesiones de intervención, incluyendo el contenido de cada sesión, los temas planteados, las respuestas de los estudiantes, el grado de cooperación, la conducta durante la intervención, y las propias observaciones y notas de los profesores. Seis meses después de la intervención, el equipo de investigación revisó los diarios de tratamiento y valoró de un modo enmascarado el cumplimiento de las técnicas de intervención y las instrucciones de formación. El grupo de tratamiento fue dividido en dos subgrupos: uno con puntuaciones superiores a la media (tratamiento específico) y otro en el que las puntuaciones se situaron por debajo de la media (tratamiento inespecífico).

Dos participantes del grupo de tratamiento no se presentaron al seguimiento un año más tarde y se perdieron diarios de dos clases relacionados con 13 estudiantes. Por lo tanto, no se pudo contar con los datos de tratamiento de 15 individuos. No había

diferencias significativas entre estos individuos y la muestra total de tratamiento en cuanto a variables demográficas, factores psicosociales estresantes y prevalencia de trastornos, a excepción de una menor prevalencia de trastorno depresivo mayor en la evaluación basal en los individuos con ausencia de datos. Los resultados de este artículo se refieren sólo a los 101 estudiantes de los que se dispuso del conjunto completó de datos (tratamiento específico, n = 51; tratamiento inespecífico, n = 50).

Análisis de datos

Los grupos de tratamiento y de comparación fueron evaluados en cuanto a características demográficas, exposición a la guerra y variables psicosociales, utilizando las pruebas de la χ^2 y de la *t*. Para examinar el efecto de la intervención sobre el trastorno depresivo mayor, el trastorno de ansiedad por separación y el TEPT se utilizó la ecuación de estimación generalizada (*generalized estimating equation*, GEE). Para controlar las covariables que se constataron como significativamente diferentes entre los grupos de tratamiento y de comparación, se incluyeron las siguientes variables: grupo, tiempo e interacción grupo por tiempo. La GEE es una técnica de estimación de la cuasiverosimilitud (*quasi-likelihood*) (39). El procedimiento valora la correlación entre observaciones (las mismas personas medidas en diferentes momentos), especificando y estimando la matriz de covarianza de la respuesta (40). Los modelos GEE se analizaron mediante SAS V8.0, utilizando el procedimiento GENMOD con la opción REPEAT. Todas las pruebas fueron bilaterales y se consideró significativo un valor $p < 0,05$.

RESULTADOS

La edad media en los grupos de tratamiento y de comparación fue de $11,7 \pm 2,7$ y de $11,8 \pm 3,1$ años, respectivamente, con un intervalo de 6-18 años. Ambos sexos estaban igualmente representados en los grupos. Era mayor la cantidad de niños que la de adolescentes en ambos grupos, lo cual coincide con la distribución de la población de estudiantes de la que se seleccionaron aleatoriamente los dos grupos (tabla 1).

No se observaron diferencias significativas entre los dos grupos en cuanto a factores psicosociales estresantes o acontecimientos bélicos. Casi el 20% de los individuos en los grupos de tratamiento y de comparación presenciaron directamente la destrucción parcial o total de su propia casa o de la casa de una persona allegada y/o presenciaron ataques, mortales o no, hacia un miembro de la familia u otra persona allegada. Alrededor del 25% de los individuos en ambos grupos no había sido testigo directo de acontecimientos de este tipo, pero éstos les habían sido referidos (tabla 1).

En ambos grupos, las tasas máximas de trastornos se verificaron un mes después de la guerra y fueron descendiendo a lo

largo de un año. No se observaron diferencias significativas entre los dos grupos en cuanto a las tasas de los tres trastornos estudiados, en los tres períodos considerados: antes de la guerra (en algún momento de la vida), en la evaluación basal, y en el seguimiento realizado doce meses después. (tabla 2).

En los análisis GEE no se verificó efecto del tratamiento. Las diferencias entre los grupos no fueron significativas para ninguno de los tres trastornos. El tiempo sólo fue significativo en el TEPT. No fue significativa la interacción grupo por tiempo en ninguno de los trastornos (tabla 3). Cuando la interacción grupo por tiempo fue eliminada del modelo, el tiempo se hizo significativo en el trastorno depresivo mayor ($\beta = -1,27 \pm 0,27$; $p < 0,0001$) y en el trastorno de ansiedad por separación ($\beta = -0,95 \pm 0,31$; $p = 0,003$). El trastorno de ansiedad por separación, el TEPT previos a la guerra, los parámetros de violencia familiar, los problemas económicos y el haber sido testigo de acontecimientos bélicos se asociaron a trastornos posteriores a la guerra (tabla 4).

Los grupos de tratamiento específico y de tratamiento inespecífico no difirieron significativamente en cuanto al sexo, la exposición a la guerra y la mayoría de los factores psicosociales estresantes. Sin embargo, el grupo de tratamiento específico incluyó más niños (72,6 frente a 44,0%, $\chi^2 = 8,47$, $gl = 1$, $p = 0,003$), más individuos que sufrían enfermedades clínicas crónicas (30,6 frente a 10,0%, $\chi^2 = 6,52$, $gl = 1$, $p = 0,01$), más participantes que habían tenido una enfermedad grave en alguna ocasión (50,0 frente a 26,0%, $\chi^2 = 6,11$, $gl = 1$, $p = 0,01$), más estudiantes que habían sido víctimas de agresiones físicas (33,3 frente a 16,0%, $\chi^2 = 4,07$, $gl = 1$, $p = 0,04$) y más participantes

Tabla 1. Variables demográficas y psicosociales y exposición a la guerra en los grupos de tratamiento y de comparación

Variable	Grupo de tratamiento (n = 101)	Grupo de control (n = 93)	χ^2	p
Sexo (% varones)	51,5	50,5	0,017	0,895
Edad (% < 12 años)	58,4	59,1	0,010	0,918
Enfermedad grave en algún momento (%)	38,0	34,4	0,268	0,604
Enfermedades clínicas crónicas (%)	20,2	15,0	0,872	0,350
Violencia familiar (%)	33,7	47,3	3,752	0,053
Problemas económicos (%)	57,4	55,9	0,045	0,831
Duelo (%)	47,5	55,9	1,364	0,243
Miedo a sufrir violencia física (%)	45,5	40,9	0,433	0,511
Víctima de violencia física (%)	24,8	29,0	0,452	0,501
Algún familiar víctima de violencia física (%)	19,8	23,7	0,424	0,515
Acontecimientos bélicos				
Testigo directo de algún acontecimiento bélico (%)	19,8	19,4	0,006	0,937
Conocimiento sólo por referencias (%)	25,7	25,8	0,0001	0,991

Tabla 2. Prevalencia (%) de trastornos mentales en los períodos de estudio en los grupos de tratamiento (n = 101) y de comparación (n = 93)

Trastorno	Durante la vida (antes de la guerra)		Nivel basal (4 semanas posguerra)		Seguimiento de un año (12 meses posguerra)	
	Grupo de tratamiento	Grupo de comparación	Grupo de tratamiento	Grupo de comparación	Grupo de tratamiento	Grupo de comparación
Trastorno depresivo mayor	10,0	3,3	32,7	26,9	16,8	8,6
Trastorno de ansiedad por separación	4,0	4,3	22,8	17,2	14,3	6,4
Trastorno por estrés postraumático	2,0	3,2	27,7	31,2	1,0	2,2

Tabla 3. Análisis de la ecuación de estimación generalizada en los grupos de tratamiento (n = 101) y de comparación (n = 93): tratamiento/efecto tiempo

	Trastorno depresivo mayor		Trastorno de ansiedad por separación		Trastorno por estrés postraumático	
	β (\pm EE)	p	β (\pm EE)	p	β (\pm EE)	p
Grupo (grupo de tratamiento frente a grupo de comparación)	-0,25 (\pm 0,37)	0,501	-0,44 (\pm 0,41)	0,284	0,22 (\pm 0,34)	0,517
Tiempo	-0,57 (\pm 0,83)	0,496	-0,09 (\pm 0,96)	0,923	-4,29 (\pm 2,17)	0,048
Interacción grupo por tiempo	-0,47 (\pm 0,58)	0,420	-0,62 (\pm 0,64)	0,337	0,36 (\pm 1,23)	0,773

EE: error estándar.

Tabla 4. Análisis de la ecuación de estimación generalizada en los grupos de tratamiento (n = 101) y de comparación (n = 93): covariables (sólo se informan relaciones significativas)

	Trastorno depresivo mayor		Trastorno de ansiedad por separación		Trastorno por estrés postraumático	
	OR	IC del 95%	OR	IC del 95%	OR	IC del 95%
Trastorno de ansiedad por separación previo a la guerra			11,6	3,7-36,6		
Trastorno por estrés postraumático previo a la guerra					11,5	1,1-121,0
Violencia familiar	3,1	1,6-5,6	2,3	1,1-4,9		
Miedo a sufrir violencia física	2,6	1,4-4,7	5,4	2,7-10,8	2,2	1,1-4,4
Problemas económicos					3,2	1,5-6,7
Testigo de algún acontecimiento bélico	2,1	1,1-4,1	2,9	1,4-6,1	2,2	1,0-4,7

IC: intervalo de confianza; OR: cociente de posibilidades (odds ratio).

que habían sufrido la muerte de una persona cercana (64,7 frente a 40,0%, $\chi^2 = 6,18$, $gl = 1$, $p = 0,01$).

Como no se observaron efectos del tratamiento, a continuación se examinó el efecto de la especificidad del tratamiento, comparando los resultados entre los grupos de tratamiento específico y de tratamiento inespecífico, controlando las diferencias basales entre los grupos. Sólo se observó un cambio estadísticamente significativo en las tasas entre los grupos de trastorno depresivo mayor (tiempo e interacción grupo por tiempo), que favorece los resultados en el grupo de tratamiento inespecífico (tabla 5). Las covariables que presentaron una correlación significativa con el trastorno depresivo mayor fueron: menor edad (cociente de posibilidades [*odds ratio*, OR] = 2,8; IC del 95% = 1,17-6,55), violencia familiar (OR = 4,5; IC del 95% = 2,03-10,18) y miedo a sufrir violencia física (OR = 7,4; IC del 95% = 2,98-18,36). Las covariables que se relacionaron significativamente con el trastorno de ansiedad por separación fueron:

presencia de dicho trastorno previo a la guerra (OR = 67,4; IC del 95% = 6,29-720,76), violencia familiar (OR = 4,0; IC del 95% = 2,30-9,26), miedo a sufrir violencia física (OR = 6,7; IC del 95% = 2,30-19,81) y conocimiento de daño sufrido por una persona cercana (OR = 2,7; IC del 95% = 1,21-6,12). Las covariables que se relacionaron significativamente con el TEPT fueron trastorno de ansiedad por separación previo a la guerra (OR = 7,4; IC del 95% = 2,69-20,24), TEPT previo a la guerra (OR = 8,2; IC del 95% = 3,62-18,49) y violencia familiar (OR = 4,5; IC del 95% = 2,07-9,80).

DISCUSIÓN

Se trata del primer estudio que evalúa la eficacia y la especificidad del tratamiento grupal realizado en la escuela tras situaciones bélicas traumáticas en una muestra representativa de la comunidad, utilizando entrevistas estructuradas, múltiples informantes y un grupo de comparación. Los resultados demuestran que, en el mejor de los casos, no se observaron efectos significativos del tratamiento un año después de finalizada la guerra, pero que los aspectos específicos de la intervención pueden haber producido efectos adversos en algunos participantes.

Si bien, hasta la fecha, los estudios de intervención en niños en un contexto de posguerra han demostrado beneficios a corto plazo (27) o escasos beneficios (24-28), nuestro estudio confirma la ausencia de impacto positivo de las intervenciones psicosociales referidas en una intervención controlada en Palestina (26). El descenso de las tasas de TEPT a lo largo del tiempo coincide con los resultados de estudios prospectivos de niños con posterioridad a una guerra (16).

Los resultados de este estudio deben interpretarse teniendo en cuenta diversas limitaciones. En primer lugar, si bien los estudiantes de los grupos de tratamiento y de control coincidieron en cuanto a edad, sexo y exposición a la guerra, no se distribu-

Tabla 5. Análisis de la ecuación de estimación generalizada en los grupos de tratamiento: tratamiento específico (n = 51) y tratamiento inespecífico (n = 50): tratamiento/efecto tiempo

	Trastorno de depresión mayor		Trastorno de ansiedad por separación	
	β (\pm EE)	p	β (\pm EE)	p
Grupo (tratamiento específico frente a tratamiento inespecífico)	0,14 (\pm 0,54)	0,795	0,34 (\pm 0,58)	0,555
Tiempo	-4,64 (\pm 1,47)	0,001	-3,22 (\pm 1,70)	0,058
Interacción grupo por tiempo	2,00 (\pm 0,88)	0,022	1,48 (\pm 0,99)	0,134

EE: error estándar.

En el texto se mencionan las covariables importantes.

No existen suficientes casos de trastorno de estrés postraumático (TEPT) para efectuar los análisis de especificidad.

veron aleatoriamente en dichos grupos y el grupo de comparación no se seleccionó del mismo conjunto especial de estudiantes que recibieron la intervención. Además, cabe pensar que pudo haber otras diferencias (no evaluadas) entre las dos muestras, por ejemplo, en cuanto al apoyo social. A pesar de la devastación y la pérdida, se movilizó toda la población del Líbano en apoyo de las familias desplazadas a refugios y, posteriormente, para que volvieran a sus pueblos. Si bien no hay evidencias de que estas dos muestras recibieran diferentes grados de apoyo, tampoco las hay en contrario. También es posible que las dos muestras fueran diferentes en cuanto a factores de riesgo, señalados como importantes en la bibliografía, que no fueron valorados, como la salud mental de los padres (1), el estilo de afrontamiento del niño (41) y las creencias y el compromiso político de los niños (42).

Una segunda limitación involucra a la formación de los profesores, que carecían de nociones básicas de salud mental y cuyo estado mental propio después del trauma de la guerra fue un factor que no pudo ser completamente controlado (a pesar de haberlo cubierto en su formación), lo que pudo haber sesgado algunas de sus interacciones con los estudiantes. Sin embargo, en ausencia de profesionales formados en intervenciones de emergencia, la movilización de los profesores fue la mejor alternativa para llegar al mayor número de estudiantes. Si bien se intentó controlar la calidad del tratamiento suministrado, mediante frecuentes sesiones de supervisión y posteriores valoraciones de los diarios de terapia de los profesores, podría haberse utilizado un mejor planteamiento, como grabación de las sesiones y posterior revisión del material así obtenido para valorar la fiabilidad de los profesores e identificar a aquellos que necesitaban una nueva formación. Sin embargo, esto no fue posible bajo las circunstancias del estudio.

La tercera limitación viene dada por la evaluación de los resultados del tratamiento un año después de la intervención. Es probable que si la evaluación se hubiera realizado antes podrían haberse observado efectos terapéuticos a corto plazo. Por otro lado, también es posible que los estudiantes hayan mejorado en otros dominios psicosociales no evaluados, como la capacidad de afrontamiento y las funciones adaptativas.

Otras limitaciones metodológicas del diseño de estudio son la ausencia de escalas de autovaloración por padres y niños para reforzar los hallazgos de las entrevistas estructuradas y detectar casos más leves y subliminarios, pero eso tampoco fue posible debido a los recursos limitados y al tiempo previsto. Además, la relación entre los trastornos mentales y los acontecimientos de la guerra de 1996 puede haber estado influida por la exposición a otros acontecimientos bélicos traumáticos durante el curso del conflicto de larga duración del Sur del Líbano.

Nuestro estudio es metodológicamente único en su diseño, ya que ni estudiantes ni profesores ni entrevistadores conocían la especificidad del tratamiento de grupo, la cual se determinó *a posteriori*. Esto eliminaba cualquier sesgo que pudiera surgir cuando se asignaban terapeutas al grupo de comparación (p. ej., saber que suministrarían una «terapia de apoyo» y no una intervención específica) (43). Además, la utilización de entrevistas estructuradas tanto con padres como con niños redujo la oportunidad de perder datos clínicos importantes respaldados por un informante y no el otro, lo que ha ocurrido, hasta la fecha, en la mayor parte de los estudios de niños y adolescentes relacionados con la guerra.

El hecho de observarse una diferencia significativa en el cambio entre el tratamiento específico y el tratamiento inespecífico del trastorno depresivo mayor, mientras que ello no se verificó entre los grupos de tratamiento y de comparación, sugiere la posibilidad de que aspectos específicos de la intervención pueden

haber producido resultados adversos en algunos individuos. Para seguir investigando este hecho, se examinó la distribución en los colegios y las clases de todos los estudiantes con trastornos en el seguimiento. De hecho, se observó que la mayoría de los estudiantes con trastorno depresivo mayor y trastorno de ansiedad por separación durante el seguimiento bajo tratamiento específico (58,8 y 71,4%, respectivamente) procedía de una sola clase (tercer grado) en un colegio en particular. Los estudiantes en esta clase habían tenido una exposición a los acontecimientos bélicos mayor que la exposición sufrida por otra clase seleccionada en el mismo colegio y que la de todas las restantes clases en otros colegios. Esta elevada exposición a la guerra puede no haber sido el único factor de contribución. Otros posibles factores especiales de esta clase en particular son el perfil psicológico del profesor y los efectos de contaminación entre los propios estudiantes. En consecuencia, se analizaron nuevamente los datos excluyendo a los estudiantes de esta clase, observando que los resultados entre tratamiento específico y tratamiento inespecífico fueron similares.

Dejando de lado el resultado del tratamiento, nuestro estudio demuestra la viabilidad de efectuar una intervención escolar a gran escala en una comunidad expuesta a graves circunstancias.

En conclusión, para establecer la eficacia del tratamiento en grupos de niños y adolescentes de una comunidad expuesta a la guerra es necesario realizar nuevas investigaciones cuidadosas, ya que todavía se dispone de pocos estudios de psicoterapia grupal, comparativos y bien diseñados, realizados en poblaciones afectadas por la guerra, para poder extraer conclusiones definitivas. Sería muy importante comprobar los resultados de este estudio desde una perspectiva de salud pública y planificación de políticas, debido a las actuales prácticas de gobiernos y organizaciones no gubernamentales de implantar inmediatamente, tras catástrofes y guerras, intervenciones en gran escala muy caras, sin una suficiente prueba de sus beneficios a largo plazo.

Si bien las actuales recomendaciones de las intervenciones posteriores a una catástrofe giran en torno a integrar los servicios psicosociales y de salud mental en un esquema más amplio de suministro de ayuda humanitaria a poblaciones afectadas (44, 45), el estado de evolución de la ciencia todavía está lejos de poder determinar la eficacia o la especificidad de los componentes «sociales» o «psicológicos» de estas intervenciones. El debate sigue abierto en cuanto a temas sobre el momento de la intervención y los grupos de niños y adolescentes a los que se dirige. Nuestros hallazgos sugieren que puede no ser recomendable intervenir inmediatamente en las poblaciones traumatizadas, sino más bien algunos meses más tarde. Para entonces, es probable que sea más rentable buscar casos que sigan sufriendo y centrar el tratamiento en esos sectores.

Otra recomendación basada en nuestros hallazgos es no limitar las intervenciones sólo al TEPT, sino incluir otros trastornos que surgen tras guerras y catástrofes, posiblemente con mayor frecuencia que ese trastorno. Además del trastorno depresivo mayor y del trastorno de ansiedad por separación, en la planificación de servicios para niños después de una guerra es necesario contemplar otros síntomas y trastornos psicológicos (46). Los hallazgos de otros estudios realizados por nuestro grupo evidencian la necesidad de considerar también los trastornos de externalización y control de impulsos (47, 48).

Finalmente, dado que los trastornos presentes antes de los conflictos bélicos y los factores de estrés psicosocial concomitantes, como violencia familiar y problemas económicos, fueron claros factores predictivos de trastornos posteriores a la guerra, es absolutamente necesario identificar a niños y adolescentes con el riesgo máximo de sufrir dichos trastornos, para poder

alzar intervenciones específicamente dirigidas a las poblaciones más vulnerables.

Agradecimientos

Los autores quieren expresar su agradecimiento a Vivian Zebouni y Philip Yabroudi por su contribución al trabajo de campo y a Ghazi Kayali y Nisrine Rashidi por su contribución al análisis de los datos. Este trabajo está subvencionado por IDRAAC, Ministerio del Interior de Líbano, UNICEF, Ministerio de Exteriores de Holanda, la Fundación Hariri, Consejo de Investigación del Líbano y el Ministerio de Educación del Líbano.

World Psychiatry 2008;7:103-109

Bibliografía

1. Laor N, Wolmer L, Spirman S et al. Facing war, terrorism and disaster: toward a child-oriented comprehensive emergency care system. *Child Adolesc Psychiatr Clin N America* 2003;12:343-61.
2. Yule W. From pogroms to ethnic cleansing: meeting the needs of war affected children. *J Child Psychol Psychiatry* 2000;41:695-702.
3. Pynoos RS, Nader K. Psychological first-aid and treatment approach to children exposed to community violence: research implications. *J Trauma Stress* 1988;1:445-73.
4. Vernberg EM. Intervention approaches following disasters. In: LaGreca AM, Silverman WK, Vernberg EM et al (eds). *Helping children cope with disasters and terrorism*. Washington: American Psychiatric Association, 2002:55-72.
5. Taylor TL, Chemtob CM. Efficacy of treatment for child and adolescent traumatic stress. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2004;158:786-91.
6. American Academy for Child and Adolescent Psychiatry. Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998;37:4S-26S.
7. Cohen JA, Mannarino AP, Knudsen K. Treating sexually abused children: 1 year follow-up of a randomized controlled trial. *Child Abuse Neglect* 2005;29:135-45.
8. Goenjian AK, Walling D, Steinberg AM et al. A prospective study of posttraumatic stress and depressive reactions among treated and untreated adolescents 5 years after a catastrophic disaster. *Am J Psychiatry* 2005;162:2302-8.
9. Wolmer L, Laor N, Dedeoglu C et al. Teacher-mediated intervention after disaster: a controlled three-year follow-up of children's functioning. *J Child Psychol Psychiatry* 2005;46:1161-8.
10. Chemtob CM, Nakashima JP, Hamada RS. Psychosocial intervention for postdisaster trauma symptoms in elementary school children. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2002;156:211-6.
11. Galante R, Foa D. An epidemiological study of psychic trauma and treatment effectiveness for children after a natural disaster. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1986;25:357-63.
12. Stallard P, Salter E. Psychological debriefing with children and young people following traumatic events. *J Child Psychol Psychiatry* 2003;8:445-57.
13. Yule W, Udwin O. Screening child survivors for posttraumatic stress disorders: experiences from the Jupiter sinking. *Br J Clin Psychol* 1991;30:131-8.
14. March JS, Amaya-Jackson L, Murray MC et al. Cognitive-behavioral psychotherapy for children and adolescents with posttraumatic stress disorder after a single-incident stressor. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998;37:585-93.
15. Stein BD, Jaycox LH, Kataoka SH et al. A mental health intervention for school children exposed to violence; a randomized controlled trial. *JAMA* 2003;290:603-11.
16. Barenbaum J, Ruchkin V, Schwab-Stone M. The psychosocial aspects of children exposed to war: practice and policy initiatives. *J Child Psychol Psychiatry* 2004;45:41-62.
17. Fremont WP. Childhood reactions to terrorism-induced trauma: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004;43:381-92.
18. Hoagwood KE, Vogel JM, Levitt JM et al. Implementing an evidence-based trauma treatment in a state system after September 11: the CATS project. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007;46:773-9.
19. Webb NB. Groups for children traumatically bereaved by the attacks of September 11, 2001. *Int J Group Psychother* 2005;55:355-74.
20. Saltzman WR, Layne CM, Steinberg AM et al. Developing a culturally and ecologically sound intervention program for youth exposed to war and terrorism. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2003;12:319-42.
21. Silva RR, Cloitre M, Davis L et al. Early intervention with traumatized children. *Psychiatry Q* 2003;74:333-47.
22. Klingman A. Children under stress of war. In: LaGreca AM, Silverman WK, Vernberg EM et al (eds). *Helping children cope with disasters and terrorism*. Washington: American Psychiatric Association, 2002:359-80.
23. Kuterovac-Jagodic G, Kontac K, Zubenko WN. Group interventions for children in crisis. In: Zubenko W (ed). *Children and disasters*. Oxford: Oxford University Press, 2002:135-58.
24. Dybdahl R. Children and mothers in war: an outcome study of a psychosocial intervention program. *Child Develop* 2001;72:1214-30.
25. Layne CM, Pynoos RS, Saltzman WR et al. Trauma/grief-focused group psychotherapy: school-based postwar intervention with traumatized Bosnian adolescents. *Group Dynamics: Theory, Research Practice* 2001;5:277-90.
26. Thabet AA, Vostanis P, Karim K. Group crisis intervention for children during ongoing war conflict. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2005;14:262-9.
27. Ehntholt KA, Smith PA, Yule W. School-based cognitive-behavioral therapy group intervention for refugee children who have experienced war-related trauma. *J Child Psychol Psychiatry* 2005;10:235-50.
28. Loughry M, Ager A, Flouri E et al. The impact of structured activities among Palestinian children in a time of conflict. *J Child Psychol Psychiatry* 2006;47:1211-8.
29. Onyut LP, Neuner F, Schauer E et al. Narrative exposure therapy as a treatment for child war survivors with posttraumatic stress disorder: two case reports and a pilot study in an African refugee settlement. *BMC Psychiatry* 2005;5:7.
30. Mohlen H, Parzer P, Resch F et al. Psychosocial support for war-traumatized child and adolescent refugees: evaluation of a short-term treatment program. *Aust N Zeal J Psychiatry* 2005;39:81-7.
31. Gordon JS, Staples JK, Blyta A et al. Treatment of posttraumatic stress disorder in postwar Kosovo high school students using mind-body skills groups: a pilot study. *J Trauma Stress* 2004;17:143-7.
32. Caffo E, Forresi B, Strik-Lievers L. Impact, psychological sequel and management of trauma affecting children and adolescents. *Curr Opin Psychiatry* 2005;18:422-8.
33. Vostanis P. The impact, psychological sequelae and management of trauma affecting children. *Curr Opin Psychiatry* 2004;17:269-73.
34. Welner Z, Reich W, Herjanic B et al. Reliability, validity and parent-child agreement studies of the Diagnostic Interview for Children and Adolescents (DICA). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1987;26:649-53.
35. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 3rd ed, revised. Washington: American Psychiatric Association, 1987.
36. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4th ed. Washington: American Psychiatric Association, 1994.
37. Karam EG, Howard DB, Karam AN et al. Major depression and external stressors: the Lebanon wars. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1998;248:225-30.
38. Karam EG, Al Atrash R, Saliba S et al. The War Events Questionnaire. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1999;34:265-74.
39. Liang KY, Zeger SL. Longitudinal data analysis using generalized linear models. *Biometrika* 1986;73:13-22.

40. Stokes ME, Davis SD, Koch GG. Categorical data analysis using the SAS system. Cary: SAS Institute, 2000.
41. Magwaza AS, Killian BJ, Petersen I et al. The effects of chronic violence on preschool children living in South African Townships. *Child Abuse Neglect* 1993;17:795-803.
42. Punamaki RL. Can ideological commitment protect children's psychological wellbeing in situations of political violence? *Child Develop* 1996;67:55-69.
43. Harrington D, Black MM, Starr RH Jr et al. Child neglect: relation to child temperament and family context. *Am J Orthopsychiatry* 1998;68:108-16.
44. Van Ommeren M, Saxena S, Saraceno B. Mental and social health during and after emergencies: emerging consensus? *World Health Organ Bull* 2005;83:71-5.
45. Mezzich JE, Saraceno B. The WPA-WHO Joint Statement on the Role of Psychiatrists in Disasters Response. *World Psychiatry* 2007; 6:1-2.
46. Jones L, Rustemi A, Shahini M et al. Mental health services for war-affected children: report of a survey in Kosovo. *Br J Psychiatry* 2003; 183:540-6.
47. Karam EG, Mneimneh Z, Karam AN et al. Prevalence and treatment of mental disorders in Lebanon: a national epidemiological survey. *Lancet* 2006;367:1000-6.
48. Cordahi C, Karam EG, Nehme G et al. Orphans of war: a four year prospective longitudinal study. Presented at the 49th Annual Meeting of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, San Francisco, October 2002.

Trastornos del estado de ánimo y trastornos por conducta perturbadora en hijos de pacientes con trastorno bipolar I

F. NESLIHAN INAL-EMIROGLU¹, AYSEGUL OZERDEM¹, DAVID J. MIKLOWITZ², AYSEN BAYKARA¹, AYNUR AKAY¹

¹Dokuz Eylul University Medical School, Izmir, Turkey

²Department of Psychology, University of Colorado, Boulder, USA

El objetivo del estudio fue averiguar la prevalencia de los trastornos del estado de ánimo y trastornos por conducta perturbadora (o algunos de sus síntomas) en 35 niños, hijos de 29 pacientes ambulatorios adultos con un diagnóstico DSM-IV de trastorno bipolar I, en comparación con 33 niños, hijos de 29 adultos sanos, que fueron emparejados a los pacientes en cuanto a edad, nivel socioeconómico y nivel de educación. Los hijos de pacientes bipolares presentaron un riesgo 9,48 veces superior de recibir un diagnóstico psiquiátrico. Si bien sólo dos hijos de pacientes con trastorno bipolar fueron diagnosticados con trastorno del estado de ánimo, el 30,9% mostró un estado de ánimo levemente depresivo, en comparación con el 8,8% de los individuos de comparación, una diferencia estadísticamente significativa. Asimismo, los hijos de pacientes bipolares tuvieron una puntuación significativamente superior en las subescalas de hiperactividad y problemas conductuales, así como en el Índice de TDAH (trastorno por déficit de la atención con hiperactividad) de la Conners' Teacher Rating Scale. La conducta perturbadora y los síntomas del estado de ánimo observados precozmente en la vida pueden indicar la necesidad de una intervención psicosocial precoz.

Palabras clave: trastorno bipolar infantil, trastorno por conducta perturbadora, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, intervención psicosocial precoz

El trastorno bipolar infantil no se diagnosticaba con regularidad hasta hace poco tiempo (1), si bien el 59% de los adultos con trastorno bipolar I recuerdan haber manifestado sus primeros síntomas siendo niños o adolescentes (2). La fiabilidad y la validez del diagnóstico de trastorno bipolar en niños y adolescentes es un tema que genera una considerable controversia. Leibenluft *et al.* (3) sugirieron cuatro fenotipos de manía juvenil: el estrecho (que cumple completamente los criterios diagnósticos del DSM-IV, inclusive la duración y los síntomas clave de manía); dos intermedios (enfermedad claramente episódica que no cumple los criterios estrictos de manía o hipomanía, sea porque los episodios son demasiado cortos o porque carecen del síntoma clave de elevación del estado de ánimo), y uno amplio (enfermedad crónica no episódica que carece de los síntomas calve de manía o hipomanía, pero presenta irritabilidad e hiperexcitabilidad graves). Estos criterios todavía deben ser validados.

Carlson y Weintraub (4) sugirieron que la atención y los problemas de conducta en niños hijos de pacientes bipolares pueden predecir el desarrollo de trastornos del estado de ánimo a principios de la edad adulta. De hecho, una serie de hijos de personas con trastorno bipolar han demostrado un riesgo elevado de un amplio espectro de trastornos: depresión, abuso de sustancias, trastorno disocial, trastorno negativista desafiante y trastornos de ansiedad (5-9). Sin embargo, ninguno de estos estudios ha distinguido entre los hijos de pacientes con trastorno bipolar I, trastorno bipolar II o trastorno bipolar no especificado (5).

El objetivo del presente estudio fue determinar la prevalencia de trastornos del estado de ánimo y trastornos por conducta perturbadora (y de sus síntomas) en los hijos de una muestra de pacientes con trastorno bipolar I, en comparación con los hijos de individuos de comparación sanos emparejados.

MÉTODOS

El estudio fue efectuado en una clínica ambulatoria de adultos para trastornos del estado de ánimo. Se instó a participar a 45 familias con uno de los progenitores con trastorno bipolar I y al menos un hijo de 7-18 años de edad. El diagnóstico de trastorno bipolar I se estableció conforme al DSM-IV y se verificó

con la entrevista clínica estructurada de los trastornos del Eje I del DSM-IV, (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, Clinician Version, SCID-CV) (10). Accedieron a tomar parte en el estudio 29 familias. El grupo de comparación consistió en 29 adultos sanos, emparejados a los pacientes en cuanto a edad, nivel socioeconómico y educativo, y sus 33 hijos. Fueron seleccionados aleatoriamente de un área de cobertura epidemiológica del Hospital Universitario Dokuz Eylul. Se verificó la ausencia de trastornos psiquiátricos mediante una SCID-CV. Se excluyeron aquellas familias en las que el segundo progenitor del grupo casuístico y cualquiera de los progenitores del grupo de comparación tenía un diagnóstico psiquiátrico. Se excluyeron los niños con discapacidad intelectual tanto de los grupos de casos como de los de comparación. Todos los padres dieron su consentimiento informado para que sus hijos participaran en el estudio y los niños accedieron a participar.

Los padres y los hijos fueron entrevistados utilizando la Kidie and Young Adult Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia—Present State and Lifetime (WASH-U-KSADS) (11) para evaluar la presencia de síntomas de trastorno bipolar. Los apartados de manía y depresión de este instrumento se tradujeron al turco y, posteriormente, otra vez al inglés. Dos médicos experimentados efectuaron las pruebas a los padres sobre sus hijos y a los niños sobre ellos mismos, por separado. Se precisaba la aprobación del niño y de los padres para que un ítem fuera valorado como positivo.

Los padres completaron la Turgay DSM-IV Scale (12) para evaluar la presencia en sus hijos de trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), trastorno negativista desafiante y trastorno disocial. Se trata de una escala de informe parental que incluye todos los síntomas DSM-IV de conducta perturbadora. Se han ofrecido hallazgos que respaldan la fiabilidad y la validez del instrumento en una población turca (12).

Los profesores completaron la Conners' Teacher Rating Scale (CTRS-28) (13) para la evaluación de la conducta de los niños en clase. Esta escala consiste en 28 preguntas, agrupadas en cuatro subescalas: hiperactividad, problemas conductuales, falta de atención-pasividad e índice de TDAH. Las puntuaciones brutas de cada subescala se transforman por edad y sexo a puntuaciones T. Se han publicado hallazgos que apoyan la fiabilidad y la validez del instrumento en una población turca (14).

Se utilizó un formulario *ad hoc* para recoger la información sobre el nivel educativo, laboral y económico de los padres y sobre la enfermedad del progenitor bipolar.

Se utilizó la prueba de la χ^2 para los datos categoriales y la prueba de la U de Mann Whitney para analizar los datos no paramétricos. En caso de necesidad, se recurrió a la prueba exacta de Fisher.

RESULTADOS

El grupo casuístico consistió en 35 niños (18 varones y 17 mujeres; edad media $12,2 \pm 3,3$ años, intervalo 7-17 años). El grupo de comparación consistió en 33 niños (22 varones y 11 mujeres; edad media $11,8 \pm 3,2$ años, intervalo 7-17 años).

Entre los hijos de los pacientes bipolares, 8 niños (22,9%) recibieron al menos un diagnóstico DSM-IV a lo largo de la vida, frente a uno sólo (3,0%) de los niños de comparación. Por lo tanto, los hijos de padres bipolares presentaron un riesgo 9,48 superior de recibir un diagnóstico psiquiátrico, frente al grupo de comparación (cociente de posibilidades (*odds ratio*, OR) = 9,48; IC del 95% = 1,07-21,5; $p = 0,028$). En dos niños (5,7%) del grupo de hijos de padres bipolares se diagnosticó un trastorno del estado de ánimo (uno presentaba un trastorno bipolar I y el otro, un trastorno ciclotímico); tres (8,6%) tenían un trastorno por conducta perturbadora (dos presentaban TDAH y uno, un trastorno negativista desafiante), y tres (8,6%), otro trastorno psiquiátrico (uno con enuresis y dos con trastorno de ansiedad por separación). En un niño del grupo de comparación se estableció el diagnóstico de trastorno negativista desafiante.

En el CTRS-28, la puntuación de los hijos de pacientes bipolares fue significativamente superior a la registrada en el grupo de comparación en las subescalas de hiperactividad y problemas conductuales, así como en el índice de TDAH, pero no en la subescala falta de atención-pasividad (tabla 1). En la escala WASH-U-KSADS, los hijos de pacientes con trastorno bipolar tuvieron, frente a los de individuos de comparación, una mayor probabilidad de presentar un estado de ánimo levemente depresivo (30,9 frente a 8,8%; OR = 7,88; IC del 95% = 2,24-29,11; $p = 0,0004$), irritabilidad y rabia (23,5 frente a 5,9%; OR = 6,44; IC del 95% = 1,64-27,37; $p = 0,004$) y culpa excesiva o inadecuada (17,6 frente a 1,5%; OR = 18,3; IC del 95% = 2,16-404,7; $p = 0,002$).

DISCUSIÓN

Nuestros hallazgos coinciden con datos previos que muestran que los hijos de pacientes bipolares tienen un aumento del riesgo de desarrollar trastornos psiquiátricos, especialmente TDAH y trastornos del estado de ánimo (5, 9, 15-17). Además, estos niños tienen una mayor probabilidad de presentar síntomas subsindrómicos de trastornos del estado de ánimo y de tras-

tornos por conducta perturbadora. La depresión leve y las alteraciones emocionales pueden preceder al desarrollo del síndrome bipolar completo en algunos niños. Un estudio bien diseñado reciente documentó que una historia familiar de trastorno bipolar se asocia a un aumento del riesgo de trastornos bipolares subsindrómicos (ciclotaxia) y no sólo de trastorno bipolar completamente sintomático (18).

Chang *et al.* (9) refirieron los diagnósticos psiquiátricos y los síntomas de una cohorte de 60 hijos de pacientes bipolares. Observaron que los hijos cuyos dos progenitores presentaban trastornos del estado de ánimo (trastorno bipolar en un progenitor, trastorno bipolar o depresión unipolar en el otro) presentaban puntuaciones superiores en la escala WASH-U-KSADS de irritabilidad, depresión, sensibilidad al rechazo y falta de reactividad afectiva (definida como problemas de regulación del estado de ánimo), en comparación con los hijos de un solo progenitor con trastorno bipolar. Como en nuestro estudio se excluyó a las familias en las que ambos progenitores tenían un trastorno del estado de ánimo, el estudio no es directamente comparable al de Chang *et al.*, pero se observaron tasas elevadas de depresión e irritabilidad en los hijos de alto riesgo.

Se ha documentado que los episodios hipomaniacos breves durante la infancia precoz son más frecuentes que los episodios maniacos y mixtos en niños con riesgo de trastorno bipolar (5, 19). Un estudio reciente observó que la «irritabilidad episódica» en la infancia fue un mejor factor de predicción de una posterior manía que la irritabilidad crónica (20). Por lo tanto, los síntomas leves episódicos de manía o depresión, observados con alta frecuencia en nuestros niños de alto riesgo, pueden ser signos precoces de bipolaridad.

El TDAH puede incrementar el riesgo de desarrollar un trastorno bipolar, especialmente cuando el niño presenta el riesgo genético de trastorno bipolar (5, 21-25). Además, varios estudios han constatado que el trastorno bipolar y el TDAH con frecuencia son comórbidos (22). Únicamente un seguimiento prospectivo de nuestra muestra revelaría si los hijos de pacientes bipolares que presentan hiperactividad y problemas conductuales tienen una mayor probabilidad de desarrollar trastorno bipolar, TDAH o una alteración subsindrómica del estado de ánimo, de evolución simple.

En nuestro estudio, el tamaño de la muestra fue reducido y el espectro de edades, amplio. El diseño fue transversal y los entrevistadores no eran ciegos en cuanto al diagnóstico parental. Al no haberse diseñado como estudio genético y dado que la muestra era de tamaño limitado y se carecía de información genealógica detallada, no se pudo efectuar una estimación adecuada de los patrones hereditarios. Por lo tanto, los síntomas observados en los hijos pueden haber tenido bases tanto ambientales como genéticas. Algunos investigadores han observado correlaciones entre los entornos familiares patológicos y la gravedad de la enfermedad en los hijos de pacientes bipolares (25, 26). El entorno familiar puede tener un efecto negativo en el estado psiquiátrico de los hijos, aunque también puede producirse una inestabilidad precoz del estado de ánimo como reacción a la presencia de un padre con trastorno bipolar.

En conclusión, los resultados de este estudio indican que los hijos de pacientes bipolares I pueden presentar una tasa de síntomas psiquiátricos tanto sintomáticos como subsindrómicos significativamente superior a la registrada en hijos de individuos de comparación sanos. Los hijos de personas con trastorno bipolar pueden considerarse como un grupo de riesgo en el que son importantes el diagnóstico y la intervención precoces. En consecuencia, el conducta perturbadora y los síntomas del estado de ánimo observados tempranamente en la vida pueden indicar la necesidad de una intervención psicosocial precoz. La

Tabla 1. Puntuaciones T medias en las subescalas de la Conners' Teacher Rating Scale (CTRS-28) en los hijos de pacientes bipolares y de individuos de comparación sanos emparejados

Subescala	Casos	Individuos de comparación	Z	p
Hiperactividad	50,28 \pm 8,6	48,78 \pm 3,8	2,53	0,012
Problemas conductuales	55,08 \pm 8,8	48,84 \pm 4,9	0,33	0,001
Falta de atención-pasividad	46,25 \pm 5,4	43,93 \pm 4,3	1,78	0,075
Índice de TDAH	51,91 \pm 12,1	47,18 \pm 4,8	2,66	0,008

TDAH: trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

observación longitudinal de estos niños podrá esclarecer las vías de desarrollo del trastorno bipolar en los niños de riesgo.

Agradecimientos

Los autores quieren expresar su agradecimiento a la Dra. Ellen Leibenluft por sus importantes y valiosas contribuciones.

World Psychiatry 2008;7:110-112

Bibliografía

1. Carlson GA. Identifying prepubertal mania. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995;34:750-3.
2. Lish JD, Dime-Meenan S, Whybrow PC et al. The National Depressive and Manic Depressive Association (DMDA) survey of bipolar members. *J Affect Disord* 1994;31:281-94.
3. Liebenluft E, Charney DS, Towbin KE et al. Defining clinical phenotypes of juvenile mania. *Am J Psychiatry* 2003;160:430-7.
4. Carlson GA, Weintraub S. Childhood behavior problems and bipolar disorder: relationship or coincidence? *J Affect Disord* 1993;28:143-53.
5. DelBello M, Geller B. Review of studies of child and adolescent offspring of bipolar parents. *Bipolar Disord* 2001;3:325-34.
6. Chang KD, Steiner H, Dienes K et al. Bipolar offspring: a window into bipolar disorder evolution. *Biol Psychiatry* 2003;53:945-51.
7. Gershon ES, Homovitz J, Guroff JJ. A family study of schizoaffective, bipolar I, bipolar II, unipolar and normal control probands. *Arch Gen Psychiatry* 1982;39:1157-67.
8. Lapalme M, Hodgins S, La Roche C. Children of parents with bipolar disorder: a metaanalysis of risk for mental disorders. *Can J Psychiatry* 1997;42:623-31.
9. Chang KD, Steiner H, Ketter TA. Psychiatric phenomenology of child and adolescent bipolar offspring. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000;39:453-60.
10. First BM, Spitzer LR, Gibbon M et al. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, Clinician Version (SCID-CV). Washington: American Psychiatric Press, 1996.
11. Geller B, Williams M, Zimmerman B et al. Washington University in St. Louis Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (WASH-U-KSADS). St. Louis: Washington University, 1996.
12. Ercan ES, Amado S, Somer O. Dikkat Eksikligi hiperaktivite Bozuklugu ve Yikici Davranis Bozukluklari icin bir test bataryasi gelistirme calismasi. *Cocuk ve genclik Ruh Sagligi dergisi (Journal of Child and Adolescent Mental Health)* 2001;8:132-44.
13. Conners CK. Conners abbreviated symptom questionnaire. North Tonawanda: Multi Health Systems, 1994.
14. Sener S, Dereboy F. Conners öğretmen derecelendirme ölçeği Türkçe uyarlamasi. *Çocuk ve genclik ruh sagligi (Journal of Child and Adolescent Mental Health)* 1995;2:131-41.
15. Duffy A, Alda M, Kutcher S et al. Psychiatric symptoms and syndromes among adolescent children of parents with lithium-responsive or lithium-nonresponsive bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 1998;3:431-3.
16. Soutullo CA, DelBello MA, Casuto LS et al. Psychiatric disorders in children of bipolar patients versus controls: preliminary results. Presented at the Annual Meeting of the American Psychiatric Association, Washington, May 1999.
17. Walls M, Hillegers MH, Reichart CG et al. Prevalence of psychopathology in children of a bipolar parent. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001;40:1094-102.
18. Findling RL, Youngstrom EA, McNamara NK et al. Early symptoms of mania and the role of parental risk. *Bipolar Disord* 2005;7:623-34.
19. Akiskal HS, Downs J, Jordan P et al. Affective disorders in referred children and younger siblings of manic depressives: mode of onset and prospective course. *Arch Gen Psychiatry* 1985;42:996-1003.
20. Leibenluft E, Cohen P, Gorrindo T et al. Chronic versus episodic irritability in youth: a community-based, longitudinal study of clinical and diagnostic associations. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2006;16:456-66.
21. Faraone S, Biederman J, Wozniak J et al. Is comorbidity with ADHD a marker for juvenile-onset mania? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36:1046-55.
22. State RC, Altshuler LL, Frye MF. Mania and attention deficit hyperactivity disorder in a prepubertal child: diagnostic and treatment challenges. *Am J Psychiatry* 2002;159:918-25.
23. Wozniak J, Biederman J, Mundy E et al. A pilot family study of childhood-onset mania. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995;12:1577-83.
24. Faraone S, Biederman J, Mennin D et al. Attention deficit hyperactivity disorder with bipolar disorder: a familial subtype? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36:1378-90.
25. Chang K, Steiner H. Offspring studies in child and early adolescent bipolar disorder. In: Geller B, DelBello MP (eds). *Bipolar disorder in childhood and early adolescence*. New York: Guilford, 2003:107-29.
26. Duffy A, Alda M, Trinneer A et al. Temperament, life events, and psychopathology among the offspring of bipolar parents. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2007;16:222-8.

Raíces del concepto de salud mental

JOSÉ M. BERTOLETE

Department of Mental Health, World Health Organization, Geneva, Switzerland

Este artículo revisa los orígenes del actual concepto de salud mental, empezando por el movimiento de higiene mental, iniciado en 1908 por los usuarios de los servicios de Psiquiatría y los profesionales interesados en mejorar las condiciones y la calidad del tratamiento de personas con trastornos mentales. El artículo expone que la salud mental, más que una disciplina científica, es un movimiento político e ideológico que involucra a diversos sectores de la sociedad, interesados en promover los derechos humanos de las personas con trastornos mentales y la calidad de su tratamiento.

Palabras clave: salud mental, historia, Psiquiatría, derechos humanos, movimientos sociales

Dada la naturaleza polisémica y la imprecisión del concepto de salud mental, éste puede entenderse mejor desde una perspectiva histórica. Lo que, en la actualidad, se entiende por «salud mental» encuentra sus orígenes en el desarrollo de la salud pública, en la Psiquiatría clínica y en otras ramas del conocimiento.

Si bien en la lengua inglesa pueden encontrarse referencias a la salud mental en tanto estado mucho antes del siglo XX, hasta 1946 no se encuentran referencias técnicas a la salud mental como campo o como disciplina. Durante ese año, la International Health Conference, celebrada en Nueva York, decidió establecer la Organización Mundial de la Salud (OMS) y se creó la Mental Health Association en Londres. Antes de esa fecha, se encuentran referencias al concepto de «higiene mental», el cual se presentó por primera vez en la bibliografía inglesa en 1843, en un libro titulado *Mental hygiene or an examination of the intellect and passions designed to illustrate their influence on health and duration of life* (1). Además, en 1849 ya se había incluido el «desarrollo mental y físico sano del ciudadano» como primer objetivo de la salud pública en un borrador de ley presentado a la Sociedad Berlina de Médicos y Cirujanos (2).

En 1948 se creó la OMS y, en el mismo año, se celebró el primer Congreso Internacional de Salud Mental en Londres. En la segunda sesión del Comité de Expertos de la OMS en Salud mental (11-16 de septiembre de 1950), se definieron del siguiente modo los términos de «salud mental» e «higiene mental» (3): «La higiene mental se refiere a todas las actividades y técnicas que fomentan y mantienen la salud mental. La salud mental es una condición, sometida a fluctuaciones debido a factores biológicos y sociales, que permite al individuo alcanzar una síntesis satisfactoria de sus propios instintos, potencialmente conflictivos; formar y mantener relaciones armónicas con terceros, y participar en cambios constructivos en su entorno social y físico».

Sin embargo, todavía faltaba una definición clara y ampliamente aceptada de la salud mental como disciplina (cosa que sigue ocurriendo en la actualidad). Cabe destacar que el *Dorland's Medical Dictionary* no tiene ninguna entrada de salud mental, mientras que el *Campbell's Dictionary of Psychiatry* le da dos acepciones: la primera, como sinónimo de higiene mental, y la segunda, como un estado de bienestar psicológico. El *Oxford English Dictionary* define la higiene mental como una serie de medidas para preservar la salud mental y, más adelante, se refiere a la salud mental como estado. A pesar de estos conceptos lexicográficos, el término «salud mental» se está empleando cada vez más en el sentido de una disciplina (p. ej., existen secciones/divisiones en ministerios y secretarías de salud o

en departamentos en universidades específicas para «salud mental»), habiéndose sustituido casi totalmente al término «higiene mental».

Además, dada la naturaleza polisémica de la salud mental, no siempre es evidente su delimitación en relación con la Psiquiatría (entendida como la especialidad médica que se ocupa del estudio, la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de trastornos o enfermedades mentales). Hay una fuerte corriente a favor de que, como objetivo mínimo, la salud mental se ubique junto a la Psiquiatría y, como objetivo máximo, que pase a ser un concepto global que incluya a la Psiquiatría.

ORÍGENES DE LA SALUD MENTAL

Movimiento de higiene mental

El origen del movimiento de higiene mental puede atribuirse al trabajo de Clifford Beers en EE.UU. En 1908, publicó *A mind that found itself* (4), un libro basado en su experiencia personal de ingresos en tres hospitales mentales. El libro tuvo una gran repercusión y en el mismo año se estableció la Mental Health Society en Connecticut. Adolf Meyer (5) sugirió a Beers el término «higiene mental», el cual encontró una rápida popularidad gracias a la creación, en 1909, de la National Commission of Mental Hygiene. A partir de 1919, la internacionalización de las actividades de la comisión dio lugar al establecimiento de algunas asociaciones nacionales centradas en la higiene mental: en Francia (6) y Sudáfrica (7) en 1920, en Italia (8) y Hungría (9) en 1924. A partir de estas asociaciones nacionales se creó el Comité Internacional de Higiene Mental (Committee on Mental Hygiene) que posteriormente fue reemplazado por la Federación Mundial de Salud Mental (World Federation of Mental Health, WFMH).

En sus orígenes, y reflejando la experiencia de Beer en hospitales mentales, el movimiento de higiene mental se dedicaba primaria y básicamente a la mejora de la atención de las personas con trastornos mentales. Según las propias palabras de Beers: «Cuando, en 1909, se organizó el Comité Nacional, su labor principal residía en humanizar la atención de los locos: erradicar los abusos, las brutalidades y la desatención que tanto sufrimiento han causado tradicionalmente a los enfermos mentales.» (4).

En una fase posterior, el Comité amplió su programa para incluir las «formas más leves de discapacidad mental» y una mayor preocupación por la labor preventiva. Este cambio se basó en la creencia de que «los trastornos mentales frecuentemente encuentran su origen en la infancia o la juventud, y las medidas

preventivas son más eficaces a principios de la vida» y de que las condiciones ambientales y la forma de vivir generan una salud mental enferma.

En 1937, el National Committee for Mental Hygiene estableció que tenían la intención de alcanzar sus objetivos a través de las siguientes acciones: *a)* procurando un diagnóstico y un tratamiento precoces; *b)* desarrollando una hospitalización adecuada; *c)* estimulando la investigación; *d)* afianzando la comprensión y el apoyo públicos de las actividades de psiquiatría e higiene mental; *e)* instruyendo a individuos y grupos en la aplicación personal de los principios de la higiene mental, y *f)* cooperando con organismos gubernamentales y privados cuya labor tenga alguna relación con el campo de la higiene mental.

Por lo tanto, el movimiento de higiene mental tuvo inicialmente una naturaleza parapsiquiátrica, dirigiendo sus esfuerzos hacia la mejora de la atención psiquiátrica. La inclusión de actividades preventivas en sus intereses no lo distinguía de la Psiquiatría: el movimiento estaba destinado a maximizar lo que la mayoría de los psiquiatras avanzados de la época aceptaban y proponían en EE.UU. Muchos de estos psiquiatras tenían una orientación psicoanalítica.

Conforme al grupo que lo lanzó, el movimiento de higiene mental «estaba centrado, no en el paciente individual, sino en la comunidad en global, y se consideraba a cada miembro de esta comunidad como un individuo cuya salud mental y emocional estaba determinada por factores causales definidos y cuya necesidad imperiosa era la prevención más que la curación. En consecuencia, el Movimiento de Higiene Mental tiene con la Psiquiatría la misma relación que el movimiento de salud pública, del que forma parte, tiene con la Medicina en general. Se trata de una respuesta comunitaria organizada a una necesidad comunitaria reconocida» (4). Por otro lado, también se estableció que «en el momento presente, tanto psiquiatras como higienistas mentales son más conscientes que nunca de que, de hecho, sus objetivos son idénticos y que cada grupo necesita al otro para cumplir con su tarea común» (4).

Organización Mundial de la Salud

Desde sus más tempranos inicios, la OMS siempre ha tenido una sección administrativa dedicada especialmente a la salud mental, en respuesta a las demandas de sus Estados Miembro. El primer Informe del Director General de la OMS (Report of the WHO's Director General [10]), en su versión en inglés, se refiere a una sección administrativa denominada «*Mental Health*» (salud mental). Sin embargo, la versión del mismo informe en francés la denomina «*Hygiène Mentale*» (higiene mental). Hasta bien entrada la década de 1960, encontramos «*higiene*» como traducción francesa del término «*health*» en algunas publicaciones de la OMS y, en ocasiones, también se observa el uso indistinto de «*mental hygiene*» y «*mental health*» en la versión inglesa de algunos documentos. El volumen nº 9 de la serie de la OMS *Public Health Papers* se publicó en 1961 en inglés con el título de *Teaching of Psychiatry and Mental Health* (11), en 1962 en francés con el título de *L'enseignement de la Psychiatrie et de l'Hygiène Mentale* (12) y en 1963 en español con el título de *Enseñanza de la Psiquiatría y de la Salud Mental* (13).

En el preámbulo de la Constitución de la OMS, se estableció que «la salud es un *estado* de bienestar completo físico, mental y social y no meramente la ausencia de afecciones o

enfermedad» (14), una definición ampliamente valorada ahora. Esta definición es claramente holística, destinada a superar las antiguas dicotomías del cuerpo frente a la mente y de lo físico frente a lo psíquico. También es una definición pragmática, en la medida en que incorpora a la Medicina una dimensión social, gradualmente desarrollada en Europa durante el siglo XIX.

Cabe destacar que *mental*, en la definición de salud de la OMS (así como *físico* y *social*) se refiere a dimensiones de un *estado* y no a un dominio o disciplina específicos. En consecuencia, conforme a este concepto, resulta incongruente hablar de salud física, salud mental o salud social. Si quisiéramos especificar una dimensión en particular, sería más apropiado utilizar el término *bienestar* y no *salud* (por ejemplo, bienestar mental o bienestar social). Este uso negligente de la palabra *salud* parece haberse iniciado cuando se sustituyó la *higiene mental* (movimiento social o dominio de actividad) por *salud mental* (originalmente destinado a un estado y después transformado en un dominio o campo de actividad).

Congreso Internacional de Salud Mental

La British National Association for Mental Hygiene organizó el Primer Congreso Internacional de Salud Mental en Londres del 16 al 21 de agosto de 1948. Se inició como Conferencia Internacional de higiene mental y terminó en una serie de recomendaciones para la salud mental. A lo largo de las conferencias se aprecia como se utilizan indistintamente los términos de *higiene* y *salud*, con el adjetivo *mental*, en ocasiones en el mismo párrafo, sin ninguna distinción conceptual clara. Sin embargo, en las 17 páginas de recomendaciones de la conferencia, apenas se utiliza el término *higiene*. Al final del congreso, el International Committee on Mental Hygiene fue reemplazado por la World Federation for Mental Health.

Además de la terminología utilizada en las conferencias de ese congreso, sustituyéndose gradualmente la *higiene* por la *salud*, algunas de sus recomendaciones tuvieron influencia en otros ámbitos y contextos. Un ejemplo es la recomendación 6 para que la OMS «establezca, lo antes posible, un comité de expertos líderes compuesto por personal del campo de la salud mental y las relaciones humanas».

La conferencia se convocó bajo el lema «Salud Mental y Ciudadanía del Mundo». No obstante, desde un punto de vista conceptual, y quizás como reflejo de la situación de posguerra, prevalecieron las discusiones sobre la ciudadanía mundial frente a aquellas sobre la salud mental. J.C. Flugel, Presidente del Comité del Programa de Conferencias, sólo expuso un concepto de salud mental: «La salud mental es considerada como una condición que permite el desarrollo físico, intelectual y emocional óptimo de un individuo, en la medida que ello sea compatible con la de otros individuos» (15). Como reflejo de la preocupación por la ausencia o más bien el número limitado de participantes de lugares como Extremo Oriente, África del Sur y Unión Soviética, se expresó la esperanza de que «el sentido en que se entiende la salud mental en los países occidentales [no] necesariamente ha de ser distinto al que se le da en otros países» (15).

De forma más detallada, algunos delegados elaboraron lo que fue resumido como «los cuatro niveles del trabajo de salud mental: preservativo, terapéutico, preventivo y positivo» (15). No resulta complicado apreciar que existe un considerable solapamiento entre estas propuestas y las ya implantadas por el movimiento de higiene mental.

En la sesión de clausura, O.L. Forel, Profesor de Psiquiatría de la Universidad de Ginebra, respondiendo a las críticas de que la higiene mental, tal como se entendía en esa conferencia, rebasaba el marco médico y científico, planteó una declaración claramente política (en el sentido de Platón) afirmando: «Espero estar reflejando vuestro sentimiento al expresar nuestro orgullo de que tantos científicos vinieran aquí no para desarrollar sus respectivas ciencias, sino para ponerlas al servicio de la humanidad.» (15).

Al volver a leer los conferencias de este congreso, se llegan a apreciar las tensiones que se dieron entre un enfoque pragmático, desarrollado por el movimiento de higiene mental (básicamente defendido por los delegados de EE.UU.) y un enfoque con una orientación más política, propuesto por otros participantes, quizá traduciendo las experiencias de algunos delegados de los países europeos que habían sufrido gravemente por la reciente guerra. Finalmente, prevaleció este último enfoque, con la transformación del movimiento de higiene mental en un movimiento de salud mental. Quizá como reflejo de este movimiento básicamente político, el National Institute of Mental Health inició, en 1949, sus actividades en EE.UU.

DESARROLLOS RECIENTES

Tras medio siglo de salud mental y casi un siglo de movimientos de higiene mental, puede percibirse un cierto desarrollo. De un modo más global, recientemente se ha cuestionado el concepto de la salud de la OMS; formulado hace más de medio siglo, muchos consideran que ya no es apropiado para la situación actual (16, 17).

En general, sigue utilizándose el concepto de *salud mental* tanto para designar un *estado*, una *dimensión de salud* –un elemento esencial de la definición de la salud–, como para hacer referencia al *movimiento* derivado del movimiento de higiene mental, correspondiente a la aplicación de la Psiquiatría a grupos, comunidades y sociedades, más que a individuos aislados, como en el caso de la Psiquiatría clínica. Sin embargo, lamentablemente, muchos siguen considerando, con bastante desacuerdo, la salud mental como una disciplina, ya sea como sinónimo de la Psiquiatría, ya sea como uno de sus campos complementarios.

Una tendencia reciente ha sido la adición del adjetivo calificativo *pública* tanto a la salud mental como a la Psiquiatría, tal como puede apreciarse en un documento de la OMS titulado *Public Mental Health* (18), o en una revista denominada *Psiquiatría Pública*, publicada en España desde 1989. Esto se acerca mucho más al concepto de salud mental como movimiento que como disciplina.

En 2001, la OMS dedicó su informe anual a la salud mental (The World Health Report-Mental Health: new knowledge, new hope) (19). En ese mismo año, el lema del Día Mundial de la Salud fue «Sí a la atención, no a la exclusión» (*Stop Exclusion-Dare to Care*), una declaración política bastante clara que, con seguridad, habría gustado enormemente a Clifford Beers.

En el mensaje del Director General de la OMS que abre el informe mencionado, Gro H. Brundtland resume los tres principales campos de conocimiento que cubre el documento: *a)* eficacia de la prevención y el tratamiento, *b)* planificación y provisión de servicios y *c)* políticas para eliminar estigmas y discriminaciones, y subvenciones adecuadas para la prevención y el tratamiento. Dejando aparte algunas variaciones semánticas en-

tre los inicios del siglo xx y del siglo xxi, los mismos problemas de los orígenes del *movimiento de higiene mental*, comentados con anterioridad, pueden encontrarse acerca de *salud mental* en el informe de la OMS. Quizá la mayor diferencia entre estas dos plataformas políticas es el énfasis de la mejora de la atención hospitalaria en la primera (única forma de tratamiento disponible en aquella época) y el énfasis contemporáneo en alejar la salud mental de los hospitales psiquiátricos para ubicarla en la comunidad.

Sin embargo, debemos admitir que, lamentablemente, lo que ocupaba el primer lugar en la agenda de Beers en 1909, a saber, una mejora de los estándares de la atención de salud mental y la erradicación de los abusos a los que habitualmente se ven sometidas las personas con trastornos mentales, sigue constituyendo un problema importante de la mayor parte de las agendas progresivas y avanzadas de las personas interesadas en promover la salud mental en todo el mundo.

Agradecimientos

El autor quiere expresar su profundo agradecimiento a I. Levav y B. Saraceno los comentarios constructivos a una versión anterior de este artículo.

World Psychiatry 2008;7:113-116

Bibliografía

1. Lewis ND. American psychiatry from the beginning to World War II. In: Arieti S (ed). American handbook of psychiatry, 2nd ed. New York: Basic Books, 1974:28-43.
2. Rosen G. The history of public health. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1993.
3. World Health Organization. Mental health: report on the second session of the Expert Committee. Geneva: World Health Organization, 1951.
4. Beers CW. A mind that found itself. New York: Doubleday, Draw & Co, 1937.
5. Schneck JM. United States of America. In: Howells JG (ed). World history of psychiatry. New York: Brunner/Mazel, 1975:432-75.
6. Pélicier Y. Histoire de la psychiatrie. Paris: Presses Universitaires de France, 1971.
7. Hurst LH, Lucas MB. South Africa. In: Howells JG (ed). World history of psychiatry. New York: Brunner/Mazel, 1975:600-23.
8. Mora G. Italy. In: Howells JG (ed). World history of psychiatry. New York: Brunner/Mazel, 1975:39-89.
9. Horánszky N. Hungary. In: Howells JG (ed). World history of psychiatry. New York: Brunner/Mazel, 1975:281-307.
10. World Health Organization. Annual Report of the Director-General to the World Health Organization and to the United Nations. Geneva: World Health Organization, 1951.
11. World Health Organization. Teaching of psychiatry and mental health. Geneva: World Health Organization, 1961.
12. Organization Mondiale de la Santé. L'enseignement de la psychiatrie et de l'hygiène mentale. Genève: Organization Mondiale de la Santé, 1962.
13. Organización Mundial de la Salud. Enseñanza de la psiquiatría y de la salud mental. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1963.
14. World Health Organization. Basic documents, 39th ed. Geneva: World Health Organization, 1994.
15. International Committee on Mental Hygiene. International Congress on Mental Health. London/New York: Lewis/Columbia University Press, 1948.
16. Saracci R. The World Health Organization needs to reconsider its definition of health. *BMJ* 1997;314:1409-10.

17. Frenk J, Sepulveda J, Gomez-Dantes O et al. The future of world health: the new world order and international health. *BMJ* 1997; 314:1404-7.
18. World Health Organization. Public mental health: guidelines for the elaboration and management of national mental health programmes. Geneva: World Health Organization, 1996.
19. World Health Organization. The World Health Report 2001 - Mental health: new understanding, new hope. Geneva: World Health Organization, 2001.

Formación psiquiátrica en el Reino Unido: próximos pasos

DINESH BHUGRA

Institute of Psychiatry, De Crespigny Park, London, UK

La formación y el entrenamiento de posgrado en el Reino Unido están asistiendo a un cambio revolucionario. En este artículo se describen los cambios que afectan a la Psiquiatría, desde el punto de vista de los que dirigen dichos cambios. Los pacientes, sus cuidadores y los políticos esperan que los profesionales de los servicios de Psiquiatría tengan determinadas características. La formación en Psiquiatría se está convirtiendo en un estudio más centrado en la adquisición de competencias, y es correcto que la evaluación de estas competencias se produzca en el lugar en donde trabajan y aprenden los estudiantes. Existen competencias clave que los estudiantes deben tener en cuenta al aprender y trabajar. En este artículo se analizan estas competencias y el camino que queda por recorrer en la formación psiquiátrica.

Palabras clave: formación psiquiátrica, estudios de posgrado, evaluaciones, capacidad de los psiquiatras, competencias

La Psiquiatría es una de las especialidades médicas clave, que está en estrecha relación con las disciplinas de salud mental no médicas, la biología y la medicina de atención primaria. Para que la Psiquiatría pueda tener éxito como profesión, debe demostrar su eficacia al enfrentarse a enfermedades mentales y a situaciones de estrés y debe superar el «parloteo psico» de la «psicología pop». El papel del psiquiatra debe incluir la educación de la población, de otros médicos, así como de legisladores y patrones, y ha cambiado drásticamente a lo largo de los últimos 50 años, al evolucionar y cambiar los servicios.

Hace 20 años se recalca que para ser un buen psiquiatra se requería: comprensión de las respuestas del paciente y de las propias conductas; aproximación objetiva a la conducta; capacidad para contactar con pacientes psiquiátricos; comprensión de signos, síntomas y síndromes; capacidad de realizar y organizar investigaciones y métodos de tratamiento utilizando planteamientos físicos, psicológicos y sociales, y la comprensión del yo (1). Desde entonces, poco ha cambiado, y estas características siguen siendo importantes para el psiquiatra ideal. Sin embargo, recientemente, ha surgido otra serie de competencias que se demuestran esenciales, las que se presentan en la tabla 1.

El reciente surgimiento de subespecialidades, los cambios en la formación universitaria, la llegada de un número creciente de licenciados médicos internacionales al RU y los cambios estructurales en el National Health Service y en la profesión médica indican que ha llegado el momento de supervisar las necesidades de la formación y modificar, en consecuencia, la forma de impartir los conocimientos de Psiquiatría. Cualquier formación se basa en recursos, tanto humanos como económicos. Los for-

madores y los organizadores de programas de estudio, así como los directores de la formación médica y de programas no pueden desempeñar su papel a no ser que se identifiquen claramente los recursos y que se remunere adecuadamente el tiempo invertido en enseñanza y supervisión. Los supervisores educativos y clínicos necesitan tiempo para estas actividades, que deben ser incorporadas en sus planes de trabajo. Al mismo tiempo, estas actividades deben ser evaluadas.

PSIQUIATRA DEL FUTURO

El psiquiatra del futuro deberá poseer una serie de competencias en diversas áreas: clínica, gestión, enseñanza, investigación, etc. El impacto de documentos como el *The Ten Essential Shared Capabilities* (2) no puede sobreestimarse. En él se resaltan las siguientes capacidades básicas:

1. **Trabajo en colaboración.** Desarrollo y mantenimiento de relaciones de colaboración laboral constructivas con usuarios del servicio, cuidadores, familias, colegas, legos y comunidad en general, trabajando positivamente ante cualquier conflicto de intereses o de aspiraciones entre los distintos participantes, efectuando las rectificaciones necesarias.
2. **Respeto a la diversidad.** Trabajo en colaboración con usuarios del servicio, cuidadores, familias y colegas para ofrecer atención e intervenciones que no sólo constituyan una diferencia positiva, sino que también se realicen respetando y valorando la diversidad, incluyendo edad, sexo, raza, cultura, discapacidad, espiritualidad y sexualidad.
3. **Práctica ética.** Reconocer los derechos y las aspiraciones de los usuarios del servicio y sus familias, teniendo en cuenta las diferencias de poder y minimizándolas siempre que sea posible. Ofrecer un tratamiento y una atención que puedan ser justificadas y explicadas a los usuarios del servicio y a sus cuidadores, dentro de los límites establecidos por la ley y por los códigos (nacionales y locales) de la ética de la práctica profesional.
4. **Eliminar desigualdades.** Examinar las causas y las consecuencias de los estigmas, la discriminación, la desigualdad y la exclusión social de usuarios del servicio, cuidadores y servicios de salud mental. Fomentar, desarrollar o mantener el desempeño de los usuarios en roles sociales valorados en las comunidades a las que pertenecen.
5. **Promoción de la recuperación.** Trabajo en colaboración para ofrecer atención y tratamientos que permitan a los usuarios del servicio y a sus cuidadores abordar los problemas de salud mental con esperanza y optimismo y trabajar en pos

Tabla 1. Atributos centrales de un buen psiquiatra

1. Competencia clínica
2. Ser un buen comunicador y un buen oyente
3. Ser sensible a los aspectos sexuales, étnicos y culturales
4. Compromiso con la igualdad y trabajo con la diversidad
5. Disponer de una comprensión básica de la dinámica de grupo
6. Ser capaz de crear un ambiente favorable en un equipo
7. Ser capaz de tomar decisiones
8. Ser capaz de apreciar al personal
9. Tener un conocimiento básico del control operativo
10. Comprender y reconocer el papel y el estado de pacientes vulnerables
11. Aportar empatía, ánimo y esperanza a pacientes y cuidadores
12. Mantener una autocrítica consciente de las respuestas emocionales a situaciones clínicas
13. Ser consciente de posibles influencias destructivas en las relaciones de poder
14. Reconocer situaciones que puedan ser fuente de posibles conflictos

de un estilo de vida digno y valorado, dentro de las limitaciones impuestas por los problemas de salud mental, pero tratando siempre de superar esas limitaciones.

6. *Identificación de necesidades y puntos fuertes de la persona.* Trabajo en colaboración para reunir la información sobre las necesidades de la atención sanitaria y social de los usuarios del servicio, en el contexto del estilo de vida y las aspiraciones preferenciales de dichos usuarios, sus familias, cuidadores y amigos.
7. *Suministro de una atención centrada en el paciente.* Negociar y establecer objetivos significativos y alcanzables, principalmente desde la perspectiva de los usuarios del servicio y sus familias, buscando los medios para alcanzar estos objetivos y esclareciendo las responsabilidades de las personas que ofrezcan cualquier ayuda necesaria y efectuando una revisión sistemática de resultados y logros.
8. *Establecer la diferencia.* Facilitar el acceso a los servicios de atención sanitaria y social y suministrar las intervenciones más adecuadas y de la mejor calidad posible, basadas en valores y evidencias, para cumplir con las necesidades y aspiraciones de los usuarios del servicio, sus familias y sus cuidadores.
9. *Promoción de la seguridad y asunción positiva de riesgos.* Fortalecer a los usuarios a fin de que sean capaces de decidir el grado de riesgo que pueden asumir en cuanto a su salud y seguridad. Esto incluye lograr un equilibrio entre la promoción de la seguridad y la asunción positiva de riesgos, e incluye evaluar y afrontar posibles riesgos de los usuarios del servicio, sus familias y la población global.
10. *Desarrollo y aprendizaje personal.* Mantenerse permanentemente actualizado en cuanto a los conocimientos teóricos y prácticos y participar de por vida en el aprendizaje y en el desarrollo personal y profesional de uno mismo y de los colegas, a través de supervisión, evaluación y práctica reflexiva.

La formación y el entrenamiento para lograr un buen psiquiatra deben incorporar estas características, que se adquieren secuencialmente, pero en bloques constructivos en los que puede alcanzarse más de una capacidad en un momento determinado.

NUEVO ENFOQUE EN LA FORMACIÓN

El enfoque de la formación en el RU se ha desplazado a un aprendizaje autodirigido en el que los estudiantes se responsabilizan de su propia formación y optimizan el limitado contacto entre profesores y estudiantes. En los exámenes, el diario de registro de los estudiantes se convertirá en un importante componente de la evaluación global. La enseñanza tendrá tres componentes: aprendizaje basado en el paciente (pase de visitas, enseñanza de los diferentes temas sobre la base de los pacientes ingresados y ambulatorios, sesiones clínicas, psicoterapia, supervisión clínica); aprendizaje basado en clases (utilización de Internet, enseñanza didáctica, sesiones bibliográficas *on line* [journal clubs]) y aprendizaje basado en el alumno (supervisión directa e indirecta de la formación utilizando métodos basados en Internet, estudios formales e informales).

La actividad del aprendizaje basado en el paciente será sistemática, con énfasis en el aprendizaje basado en los problemas del paciente. El aprendizaje no necesariamente será por inter-

naje, y la documentación formal, como el diario de registro o el conjunto de competencias adquiridas constituirá el núcleo de futuras evaluaciones. Las evaluaciones de pacientes individuales, ingresados o ambulatorios, se valorarán mediante observación directa y registros de vídeo, a través del análisis reflexivo y del aprendizaje basado en problemas.

El aprendizaje basado en el alumno será autodirigido y los estudiantes mantendrán sus diarios conjuntamente con los registros del aprendizaje realizado a través de Internet. Los alumnos pueden decidir el registro de detalles de la supervisión, los artículos, revistas y libros leídos, el aprendizaje realizado a distancia, etc.

La supervisión de la formación seguirá los principios FY2 (Second Foundation Year), según los cuales el supervisor de la formación es responsable de una serie de estudiantes, y se hace una distinción entre supervisores clínicos y supervisores de formación. Además, el supervisor de formación dispondrá en su plan de trabajo de actividades programadas dedicadas acordadas por el empleador. Se calcula que cada supervisor de formación tendrá 8-10 estudiantes que no necesariamente serán supervisados al mismo tiempo, pero a los que supervisará durante un período prolongado de tiempo. El supervisor clínico seguirá realizando la supervisión en el ámbito clínico. La supervisión de formación puede producirse a través de medios electrónicos, utilizando *e-mail*, *webcam*, videoconferencias, etc.

Las experiencias clínicas en la formación de subespecialidades, tales como la psicoterapia, también deberán planearse de antemano, y los estudiantes deberán demostrar, a través de una evaluación basada en la práctica, que han adquirido las competencias requeridas.

CONCLUSIONES

La formación en Psiquiatría se está convirtiendo en un estudio más centrado en las competencias, y es correcto que la evaluación de estas competencias se produzca en el lugar en donde los estudiantes desarrollan sus actividades, a la vez que aprenden. Existen competencias clave que los estudiantes deben tener en cuenta al trabajar y aprender. Deben desarrollarse, entre otras, las habilidades para comprender el mundo del paciente; conocer en profundidad los factores biológicos, físicos y espirituales de la etiología de las afecciones y trastornos; abordar el sufrimiento de los pacientes; abordar los aspectos culturales, y comunicarse adecuadamente con los pacientes y sus cuidadores. Algunas de estas habilidades son innatas, mientras que otras pueden aprenderse. Los principios de la formación deben establecer claramente las competencias que se procura desarrollar; en caso contrario, fracasará este cambio en los criterios de formación, basado en el aprendizaje y la evaluación de competencias.

World Psychiatry 2008;7:117-118

Bibliografía

1. Walton HJ. Postgraduate education in psychiatry. Oxford: Oxford University Press, 1986.
2. Skills for health. Essential shared capabilities. www.skillsforhealth.org.uk/mentalhealth/esc.php.

Sinopsis del Programa de Formación de la WPA en Trastornos de la Personalidad

ERIK SIMONSEN^{1,2}, ELSA RONNINGSTAM^{1,3}, THEODORE MILLON^{1,4}

¹WPA Section on Personality Disorders

²Institute of Personality Theory and Psychopathology and University of Copenhagen, Roskilde, Denmark

³McLean Hospital, Harvard Medical School, Belmont, USA

⁴Institute for Advanced Studies in Personology and Psychopathology, Coral Gables, USA

Este artículo describe las líneas principales del Programa de Formación en Trastornos de la Personalidad creado por la Sección de trastornos de la personalidad de la WPA y la Sociedad Internacional para el Estudio de los Trastornos de la Personalidad (International Society on the Study of Personality Disorders). Los rasgos de la personalidad sirven como sustrato y contexto para la comprensión de las formas más floridas y diferenciadas de los cuadros psicopatológicos. Los trastornos de la personalidad afectan al menos al 10% de la población, y es considerable el coste social directo e indirecto asociado al delito, al abuso de sustancias, al aumento de la necesidad de atención médica, a las alteraciones familiares y al retraso en la recuperación de los síndromes clínicos y las enfermedades médicas. Se ha propuesto un gran número de teorías, modelos y métodos para describir y comprender la personalidad y sus trastornos: descriptivos, estadísticos, psicoanalíticos, evolutivos, neurobiológicos. Las clasificaciones han seguido un enfoque o prototípico o politético, aunque en años recientes han ido consolidándose los enfoques dimensionales de la clasificación de la personalidad. Las alteraciones patológicas de la personalidad involucran un complejo y variado conjunto de influencias biopsicosociales entramadas. Durante las últimas tres décadas ha ido emergiendo una serie de instrumentos fiables para la evaluación de la personalidad y sus trastornos, por lo que actualmente se dispone de un amplio espectro de técnicas psicoterapéuticas adaptadas para los diferentes trastornos. Los trastornos de la personalidad son tratables, y la remisión es más probable que la resistencia al tratamiento. Se precisa que todos los profesionales de la salud de los servicios de Psiquiatría se capaciten acerca de esta temática. Puede disponerse del programa completo de la WPA en la página Web de la WPA: www.wpanet.org.

Palabras clave: trastornos de la personalidad, formación, clasificación, diagnóstico, tratamiento

La Sección de trastornos de la personalidad de la WPA, en colaboración con la Sociedad Internacional para el Estudio de los Trastornos de la Personalidad (International Society on the Study of Personality Disorders, SSPD) ha desarrollado el Programa de Formación en Trastornos de la Personalidad (Educational Program on Personality Disorders) (1). Este artículo ofrece una sinopsis de dicho programa, delineando brevemente el ámbito del problema de los trastornos de la personalidad en la sociedad, las definiciones y la historia del concepto, así como aspectos relativos a la clasificación, la patogenia, el diagnóstico y la terapia.

ÁMBITO DEL PROBLEMA

Las investigaciones acerca de los trastornos clasificados según el DSM y la CIE están evidenciando cada vez más que: *a)* la psicosis, la ansiedad, la depresión, los trastornos de la conducta alimentaria, el abuso de sustancias, los trastornos sexuales y otros síndromes clínicos del Eje I del DSM se producen más frecuentemente en el contexto de un trastorno de la personalidad (2); *b)* los pacientes con diagnósticos de múltiples síndromes clínicos tienen con mayor frecuencia un trastorno de la personalidad (3), y *c)* incluso aquellos pacientes sin alteraciones de la personalidad suficientemente graves para justificar un diagnóstico de trastorno de la personalidad según los criterios del DSM o de CIE a menudo presentan una alteración *clínicamente significativa*, como dificultades de intimidad, de control de la agresión o de la autoafirmación, y sensibilidad al rechazo (4).

No hay duda de que la inclusión en el DSM y la CIE de un Eje que comprende los trastornos de la personalidad y su refinamiento a lo largo de dos décadas de investigación han sido pasos cruciales en la evolución de manuales diagnósticos clínicos y empíricamente más útiles. Ciertamente, es importante saber que el paciente tiene una depresión mayor, pero añadir el «calificador» de que el paciente también tiene un trastorno límite de

la personalidad es igual de importante, porque tiene repercusiones significativas para el pronóstico y el tratamiento.

Históricamente, los trastornos de la personalidad han ocupado una posición tangencial en los síndromes diagnósticos y nunca han alcanzado una medida significativa de reconocimiento en la bibliografía de la Psiquiatría clínica o de la Psicología de las alteraciones. Antes del DSM-III y de la CIE-8, estos trastornos eran categorizados en la nomenclatura oficial con una mezcla de otros síndromes misceláneos y esencialmente secundarios. En la actualidad, los trastornos de la personalidad ocupan un lugar de diagnóstico predominante, habiéndose acordado un papel contextual en el esquema multiaxial del DSM. Los médicos no sólo deben evaluar los síntomas actuales del paciente, indicados en el Eje I, sino también las características penetrantes que identifican el patrón duradero de la personalidad del paciente, registrado en el Eje II. Hoy en día, el formulario multiaxial americano revisado exige que ya no se evalúen los estados de síntomas como entidades clínicas aisladas del contexto más amplio del estilo que, a lo largo de su vida, adopta el paciente al relacionarse, afrontar, comportarse, pensar y sentir, es decir, su personalidad. De hecho, existen teóricos clínicos que afirman que lo primero que debe valorarse es la personalidad del paciente y sólo después, el estado clínico del paciente. Los rasgos de personalidad de toda la vida sirven como sustrato y como contexto para comprender las formas más floridas y diferenciadas de los cuadros psicopatológicos.

COSTES SOCIALES

Se ha estimado que los trastornos de la personalidad afectan al menos al 10% de la población y representan un amplio porcentaje de las alteraciones observadas en los pacientes atendidos por psiquiatras. Sin embargo, a diferencia de otros diagnósticos, los trastornos de la personalidad pueden no asociarse a síntomas subjetivos. Mientras que algunas categorías muestran una elevada comorbilidad con los diagnósticos sintomáticos

como ansiedad y depresión, algunos trastornos de la personalidad producen malestar en otras personas más que en el propio paciente. Sin embargo, en ambos casos, el funcionamiento global de los pacientes con trastornos de la personalidad a menudo es escasamente socializado, comparable en muchos casos con el observado en pacientes con trastornos crónicos, como la esquizofrenia.

Numerosos estudios sugieren que los trastornos de la personalidad constituyen importantes pero infraestimadas causas de coste social, morbilidad y mortalidad. Los trastornos de la personalidad se asocian a: conductas delictivas, abuso de sustancias, discapacidad, aumento de la necesidad de atención médica, intentos de suicidio, conducta autolesiva, agresividad, escasa recuperación de enfermedades del Eje I y de enfermedades somáticas, institucionalización, falta de logros, desempleo, alteraciones familiares, abuso y negligencia infantil, falta de vivienda, ilegalidad, pobreza, enfermedades venéreas, errores en el diagnóstico y el tratamiento de trastornos clínicos y psiquiátricos, recidivas médicas y reincidencia judicial, interrupción de tratamientos psiquiátricos y dependencia de ayudas públicas. La magnitud del coste social y de las alteraciones causadas por los trastornos de la personalidad están en desproporción con el grado de atención que se les presta en la conciencia pública, en las subvenciones de investigación gubernamentales, en la formación en la facultad de Medicina o incluso en la formación en las residencias de Psiquiatría. No menos importante que afrontar los costes sociales de los trastornos de la personalidad es el potencial valor inherente a los programas de prevención diseñados para favorecer la capacidad de resistencia y de adaptación de la personalidad.

DEFINICIONES

¿Cuál es el concepto actual de «personalidad»? Resulta fácil plantear la pregunta, no así dar una respuesta, a pesar del hecho de que, como idea, la personalidad tiene miles de años. Desde el punto de vista histórico, la palabra personalidad deriva del término griego «persona», que originalmente representaba la máscara de teatro utilizada por los actores en los dramas. Con el tiempo, el término persona perdió su connotación de pretensión e ilusión, y empezó a representar, no a la máscara, sino a una persona real, sus características evidentes, explícitas y manifiestas. El tercer significado que el término personalidad ha adquirido, que es el más reciente, explora «por debajo» de la impresión superficial y dirige la mirada hacia las cualidades psicológicas internas, menos reveladas y más ocultas del individuo. Este tercer significado es el que se acerca más al uso contemporáneo. En la actualidad, se considera que la personalidad es un patrón complejo de características psicológicas profundamente arraigadas, en gran medida inconscientes, que no se modifican con facilidad y que se expresan de forma automática en casi todas las facetas del funcionamiento. Estos rasgos intrínsecos y penetrantes emergen de una matriz complicada de disposiciones biológicas y aprendizaje de experiencias, y finalmente constituyen el patrón distintivo individual de percepciones, sentimientos, pensamientos, afrontamiento y conductas. Un trastorno de la personalidad no es un trastorno en el sentido habitual de la enfermedad clínica. Más bien se trata de una construcción teórica, empleada para representar diversos estilos o patrones mediante los que el sistema de la personalidad funciona de forma desadaptativa en relación con su entorno. Cuando las estrategias alternativas utilizadas para alcanzar los objetivos, para relacionarse con los demás y para afrontar el estrés son reducidas y se practican de forma rígida (*inflexibilidad*

adaptativa), cuando las percepciones habituales, las necesidades y los comportamientos se perpetúan e intensifican las dificultades preexistentes (*círculo vicioso*), y cuando la persona tiende a carecer de capacidad de resistencia bajo condiciones de estrés (*estabilidad tenue*), se habla de un patrón de personalidad clínicamente desadaptado, es decir, de un trastorno de la personalidad.

La normalidad y la enfermedad deben considerarse conceptos relativos; representan puntos arbitrarios en un continuo o gradiente y no existe ninguna frontera que delimite claramente la conducta normal de la patológica. Entre los diversos criterios libres de contenido y de aspectos culturales utilizados para definir la normalidad se han mencionado: la capacidad de funcionar de forma autónoma y competente, la tendencia a ajustarse al entorno social de forma eficaz y eficiente, un sentido individual de felicidad y satisfacción y la capacidad de auto-realizarse o de cumplir con los propios potenciales a lo largo de la vida. Los trastornos de la personalidad se identifican por déficit en las capacidades señaladas o por la presencia de características que socavan activamente estas capacidades. Quizá estos criterios sean demasiado occidentalizados para ser universales. En algunas culturas asiáticas, por ejemplo, en las que el individuo ha de subordinar las ambiciones individuales al consenso del grupo, la capacidad de funcionar autónomamente puede ser encomiable, pero el deseo de hacerlo, no.

DESCRIPCIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD DESDE UNA PERSPECTIVA HISTÓRICA

Emil Kraepelin (5), el primer nosólogo psiquiatra de los tiempos modernos, en su esfuerzo por encontrar la pista del curso inicial de la demencia precoz y de la enfermedad maniaco-depresiva, «descubrió» dos tipos premórbidos: la «disposición ciclotímica», que se presenta en cuatro variantes, todas las cuales predisponen a la locura maniaco-depresiva, y el «temperamento autista», claramente dispuesto a la demencia precoz. Además, Kraepelin describió una serie de denominadas personalidades mórbidas, a las que consideraba con tendencia a la delincuencia y a otras actividades disolutas.

La clasificación europea más conocida de trastornos de la personalidad fue propuesta por Kurt Schneider (6). Schneider difería de muchos de sus contemporáneos, sobre todo de Kretschmer, en la medida en que no consideraba a los trastornos de la personalidad como precursores de otros trastornos mentales, sino que los concebía como un grupo de entidades separadas que podían presentarse conjuntamente con otros trastornos. Ernst Kretschmer fue el principal constitucionalista moderno, que sugirió una serie de proposiciones que intentó comprobar empíricamente. En sus primeras investigaciones, Kretschmer categorizó a los individuos conforme a su constitución física e intentó relacionar las diferencias morfológicas con la esquizofrenia y con la psicosis maniaco-depresiva (7). Conforme avanzaban sus trabajos, amplió la presunta relación de las características físicas no sólo con los trastornos graves, sino también con la personalidad premórbida y con el temperamento «normal».

Las posturas mejor conocidas y quizá más completamente conceptualizadas de los trastornos de la personalidad son las formuladas por los teóricos psicoanalistas. Sigmund Freud y sus primeros colaboradores fueron los que establecieron las bases de la tipología psicoanalítica del carácter. Si bien numerosos teóricos analíticos han continuado contribuyendo al estudio del carácter, debe destacarse el trabajo contemporáneo de Otto

Kernberg (8). Este autor, en sus pasos para desarrollar una nueva caracterología psicoanalítica, construyó un marco para la organización de los tipos de personalidad en términos de su gravedad. Rompiendo con la adherencia rígida al modelo psicosexual de Freud, Kernberg propuso la dimensión de la organización estructural. La coordinación de los tipos de carácter conforme a la gravedad y a la organización estructural llevó a Kernberg a hablar de «niveles superiores, intermedios e inferiores» de los trastornos del carácter. Tanto los niveles intermedios como los inferiores se refieren como organizaciones «límites» (*borderline*) de la personalidad.

Cabe destacar a otro activo personólogo que utilizó un enfoque matemático/factorial para construir las dimensiones de la personalidad: Raymond Cattell (9). Su investigación lo llevó a identificar 16 factores primarios o rasgos básicos, que después incorporó en un conjunto de dimensiones bipolares que reforzarían los tipos de personalidad. Las contribuciones cuantitativas contemporáneas incluyen 18 dimensiones englobadas en cuatro dimensiones de orden superior (alteración emocional, conducta disocial, desinhibición y compulsividad), derivadas empíricamente por W. John Livesley (10) y el enfoque léxico que lleva al modelo de cinco factores de Costa y McGrae (11).

Theodore Millon desarrolló otro modelo biosocial que utiliza tres pares de polaridades evolutivas como base (12). Derivó una taxonomía de los trastornos de la personalidad que integraba distintos estilos de afrontamiento (dependiente, independiente, ambivalente y desapegado) con una dimensión de actividad-pasividad. Las combinaciones daban lugar a distintos tipos teóricos de personalidad: por ejemplo, de evitación, narcisista, límite. A pesar de su correspondencia con los trastornos de la personalidad del DSM, estos trastornos de la personalidad se consideraron conceptuales y prototípicos, esencialmente para representar los *estilos de funcionamiento desadaptativo* que proceden de diferentes deficiencias, desequilibrios o conflictos en la capacidad de la especie humana de relacionarse con el entorno al que se enfrenta.

Robert Cloninger, utilizando un modelo basado en los sustratos genéticos y neurobiológicos, propuso una compleja teoría basada en las interrelaciones de varias disposiciones a presentar determinados rasgos (13). En el núcleo de esta fórmula se sitúa una serie de características o dimensiones hereditarias: búsqueda de novedad, evitación del daño y dependencia de la recompensa. Cada una de éstas se asocia a un sistema neurobiológico diferente: dopaminérgico, serotoninérgico y noradrenérgico. La interacción de estos rasgos hereditarios conforma el desarrollo de la personalidad, influyendo sobre las experiencias de aprendizaje, el procesado de información, las reacciones afectivas y la adaptación general.

CLASIFICACIÓN

Los trastornos de la personalidad tienen una gran importancia en el DSM-IV-TR (14) y en la CIE-10 (15). La clasificación anterior los situaba separadamente en el Eje II. Los trastornos de la personalidad se clasifican en tres grupos, basados esencialmente en similitudes descriptivas empíricas. Esta agrupación no ha sido satisfactoriamente validada, pero su amplio uso indica el frecuente deseo de reducir el número de categorías. El grupo A incluye los trastornos de la personalidad paranoide, esquizoide y esquizotípico (los denominados individuos raros o excéntricos); el grupo B comprende los trastornos de la personalidad antisocial, límite, histriónico y narcisista (individuos ostensiblemente dramáticos, emotivos o inestables), y el grupo

C incluye los trastornos de la personalidad por evitación, por dependencia y obsesivo-compulsivo (individuos ansiosos o temerosos). Una última categoría, «trastorno de la personalidad no especificado», comprende los trastornos de la personalidad que no cumplen los criterios específicos de ninguno de los trastornos de la personalidad mencionados.

La clasificación de la CIE-10 incluye una sección única que cubre todas las anomalías de la personalidad y los trastornos conductuales persistentes. Comprende trastornos específicos de la personalidad, trastornos mixtos y otros trastornos de la personalidad, y cambios duraderos de la personalidad. Los trastornos de la personalidad específicos son los trastornos paranoide, esquizoide, disocial, de inestabilidad emocional (tipos impulsivos y límite), histriónico, ansioso (evitativo), anancástico y dependiente. Otras dos categorías son «otros trastornos específicos de la personalidad» y «trastorno de la personalidad no especificado». La clasificación de la CIE es similar a la del DSM-IV, si bien cabe destacar ciertas diferencias. Por ejemplo, el trastorno límite de la personalidad del DSM-IV se incorpora como uno de los dos trastornos de inestabilidad emocional en la CIE-10, el adjetivo obsesivo-compulsivo en DSM-IV se denomina «anancástico» en la CIE-10 y el trastorno de la personalidad por evitación sólo es un equivalente parcial del trastorno ansioso de la personalidad de la CIE-10. Otros dos trastornos incluidos en el DSM-IV se excluyen en la CIE-10: el trastorno esquizotípico es, en la CIE-10, una variante dentro del espectro de la esquizofrenia, y el trastorno narcisista de la personalidad sólo se menciona en la sección de «otros trastornos específicos de la personalidad» en la CIE-10, sin ningún criterio específico para este diagnóstico. Por su parte, la CIE-10 contiene otras categorías generales de trastornos de la personalidad que no tienen contrapartida en el DSM-IV, como los «trastornos mixtos» y «otros trastornos de la personalidad y el comportamiento en adultos».

Otra importante controversia en este campo se produce con respecto a las clasificaciones categoriales/dimensionales/prototípicas. Un problema adicional es la lista de criterios políticos utilizada en los actuales sistemas de clasificación, que da lugar a una considerable variabilidad intragrupo, de modo tal que dos personas con el mismo diagnóstico de trastorno de la personalidad pueden manifestar características muy diferentes, porque puntuaron en diferentes secciones. Finalmente, como ya se ha mencionado, los trastornos de la personalidad están vinculados a variables culturales en una medida muy superior a la de los trastornos clínicos del Eje I, creando dificultades de diagnóstico entre diferentes culturas.

Dadas la necesidad de un claro sistema de clasificación oficial y la insatisfacción de los actuales dos sistemas, es probable que se produzcan importantes cambios en la clasificación de los trastornos de la personalidad del DSM-V y de la CIE-11, cuya publicación está programada para 2012. Quizá la cuestión más importante es cómo mejorar la utilidad clínica de la clasificación de los trastornos de la personalidad, de manera que sea útil para la toma de decisiones en todos los ámbitos de intervención. Además de definir los contenidos de la personalidad y la forma de establecer e investigar una taxonomía, debe establecerse la forma en que los datos de la personalidad deben ser organizados. ¿Cuáles son las mejores unidades de análisis para agrupar y diferenciar las personalidades clínicas? Si bien cabe la posibilidad de efectuar diversas formulaciones, tradicionalmente la respuesta a esta pregunta ha girado en torno a si se cree que la persona debe incorporarse en un sistema diagnóstico o si el sistema diagnóstico debe incorporarse a la persona: una eterna controversia entre categorías, dimensiones y prototipos. Cada enfoque presenta sus ventajas y sus inconvenientes (16-18).

PATOGENIA EVOLUTIVA

Actualmente, en el mejor de los casos, casi todas las tesis etiológicas referentes a los trastornos de la personalidad son conjeturas perceptivas que, en última instancia, se fundamentan en tenues bases empíricas. Estas nociones especulativas deben ser consideradas cuestiones que merecen una evaluación empírica, más que afirmaciones dogmáticas de hechos confirmados.

La interacción y la continuidad deben ser consideraciones importantes en la comprensión de la patogenia de la personalidad. La interacción de las influencias persiste con el tiempo. El curso de posteriores características está relacionado intrínsecamente con acontecimientos anteriores; la propia historia personal del individuo constituye una limitación del desarrollo futuro (19). Conductas específicas, estados de ánimo y emociones apropiadas para una edad pueden reflejar inmadurez o enfermedad en estadios posteriores. En consecuencia, el desarrollo de un trastorno de la personalidad debe considerarse como un proceso en el que fuerzas orgánicas y ambientales muestran no sólo una mutualidad y circularidad de influencias, sino también una continuidad ordenada y secuencial a lo largo de toda la vida del individuo.

Papel de las influencias biológicas

Es inconcebible que las características morfológicas psicofisiológicas y neuroquímicas cerebrales no ejerzan influencia en la conformación del desarrollo de la personalidad. Los biólogos saben que el sistema nervioso central no puede considerarse como un seguidor simple y fiel de lo que recibe como alimento desde el entorno; no sólo mantiene la actividad rítmica de sí mismo, sino que también desempeña un papel activo en la regulación de la sensibilidad y el control de la amplitud de lo que recogen los órganos periféricos. A diferencia de una máquina que responde de forma pasiva a un estímulo externo, el cerebro posee una función de dirección que determina sustancialmente qué acontecimientos se experimentarán, y cuándo y cómo se experimentarán.

Debe destacarse cuidadosamente que, si bien las disfunciones o deficiencias biológicas pueden producir un quiebre básico con respecto a la normalidad, es probable que los determinantes psicológicos y sociales den la *forma* en que se expresará este quiebre. En consecuencia, la aceptación del papel de las influencias biológicas no niega el papel de la experiencia y del aprendizaje social.

La investigación en psicobiología ha avanzado mucho durante las últimas dos décadas. La neurobiología del temperamento ha sido estudiada de diversos modos, principalmente, mediante estudios sobre genética conductual, neurofarmacología, genética molecular, fisiología de los neurotransmisores y neuroimágenes. Los trastornos cognitivos y las anomalías estructurales cerebrales en el trastorno esquizotípico de la personalidad han demostrado que algunos trastornos de la personalidad pueden considerarse ejemplos de variantes leves de trastornos más graves, como la esquizofrenia (20). Los estudios también han sugerido una asociación entre la disfunción de la serotonina y la agresión impulsiva (21).

Papel de las influencias psicosociales

Los rasgos de la personalidad también están determinados fuertemente por factores psicológicos. Las interacciones entre temperamento y experiencias de vida dan lugar a la formación

de perfiles de la personalidad. A la edad de 18 años, los rasgos tienden a estabilizarse y probablemente permanezcan a lo largo de la mayor parte de la vida adulta, incluso hasta la vejez. Los factores psicológicos, en particular los acontecimientos adversos, también pueden ser cruciales para determinar que los rasgos crucen los denominados umbrales normales y generen trastornos clínicos.

Las actitudes y conductas pueden aprenderse como consecuencia de la educación o del adoctrinamiento por parte de los padres, pero una gran parte de lo que se aprende procede de una serie fortuita de acontecimientos casuales e incidentales a los que el niño se ve expuesto. No sólo influye la administración de recompensas y castigos, propiciados en su mayoría de forma espontánea y errática: las actividades cotidianas y ordinarias de los padres también ofrecen a los niños modelos «no intencionados» de imitación. Por lo tanto, las particularidades y la intensidad de muchos de los patrones patológicos encuentran su origen en las conductas y actitudes informales a las que se ve expuesto accidentalmente el niño.

Los niños están expuestos a conjuntos diferentes y contrapuestos de percepciones, sentimientos, actitudes, conductas, etc., así como a un conjunto mixto de presunciones sobre ellos mismos y sobre otros, y con frecuencia aprenden a percibir, sentir, actuar, etc., de manera congruente con lo recibido. De forma similar a la *recombinación genética*, en la que las disposiciones genéticas del niño reflejan la contribución de ambos progenitores, también las experiencias y el aprendizaje del niño reflejan el entramado de todo lo que ha recibido por parte de ambos progenitores.

Alguna investigación ha apoyado la hipótesis de que la paternidad desadaptativa, los abusos o el trato negligente del niño pueden tener un efecto adverso en los procesos de socialización (22). Algunos estudios, aunque utilizando métodos poco adecuados, han establecido la hipótesis de que el estilo de apego inseguro en la infancia, con dificultades en el control de la ansiedad y el malestar, posteriormente da lugar a inestabilidad emocional, rabia extrema y conducta suicida, destinadas a conseguir la satisfacción de las necesidades interpersonales, como se observa en el trastorno límite de la personalidad (23, 24).

EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA

Cuando se elige un instrumento para evaluar un trastorno de la personalidad, resulta útil plantearse varias preguntas: ¿El objetivo es examinar un trastorno de personalidad o hacer una evaluación completa? ¿Se pretende identificar únicamente un trastorno de la personalidad problemático o también se desea identificar rasgos adaptativos de la personalidad que puedan ser útiles en el tratamiento? ¿El motivo de que se quiera hacer una evaluación es clínico o de investigación? ¿Cuánto tiempo se necesita para la evaluación? ¿Interesa sólo el tipo de trastorno de la personalidad o también su gravedad?

La información es la base de todas las medidas y, en consecuencia, la base de cualquier evaluación clínica. Se dispone de cuatro fuentes amplias de información para ayudar a describir el problema clínico, y cada una tiene sus ventajas y sus inconvenientes. La primera comprende las observaciones y las entrevistas clínicas: el médico observa y hace preguntas y el individuo le responde verbalmente, a menudo de un modo libre. El médico tiene la libertad de seguir cualquier línea particular de preguntas que desee hacer y suele mezclar preguntas estándar con otras más específicas acerca del problema actual. La segunda fuente comprende las escalas de valoración formales y las listas

de control: un familiar del individuo completa estos formularios para ofrecer una perspectiva objetiva. La tercera fuente es el inventario respondido por los propios individuos, quienes responden a una lista estándar de ítems. La cuarta fuente de información reside en las técnicas proyectivas, un intento de acceder a estructuras inconscientes y procesos que no están ordinariamente disponibles al individuo al nivel del informe verbal. Recurrir a personas allegadas al individuo, como cónyuges, profesores, progenitores o amigos, u otras personas que puedan aportar una perspectiva del problema, también puede considerarse como una fuente de información.

Se han desarrollado varios instrumentos estandarizados durante las últimas tres décadas. Los motivos para elegir un instrumento frente a otro dependen de las circunstancias y de la persona que se está evaluando (25).

ABORDAJE TERAPEUTICO

La historia de la psicoterapia en Psiquiatría clínica está plagada de dogmatismos. Por ejemplo, la escuela conductista rechaza la existencia de la mente y sostiene que el tratamiento debe proceder a través de los principios clásicos y operantes del refuerzo. En cambio, la escuela psicodinámica sostiene que la conducta refleja sólo la expresión superficial de motivaciones profundamente reprimidas o transformadas. Un terapeuta de formación psicodinámica administraría una terapia psicodinámica. Un terapeuta de formación conductual administraría una terapia conductista. En lugar de ajustar el tratamiento al paciente, los médicos adaptan más bien los pacientes a su propio dogma preconcebido. Mientras que imperen estas lealtades, los psicoterapeutas estarán condenados a tratar sólo una parte de toda la persona.

Sin embargo, en las últimas décadas, la insatisfacción con el tratamiento basado en una sola escuela, conjuntamente con un nuevo énfasis en la atención de tratamiento motivado por la eficacia, han dado lugar al desarrollo de enfoques coordinados y más científicos. Dos «terapias psicológicas» básicas siguen siendo los planteamientos dominantes en la práctica en todo el mundo. En los siguientes párrafos se presentarán brevemente.

Terapias psicodinámicas

Durante mucho tiempo se ha considerado a la terapia psicodinámica como un tratamiento muy eficaz para el trastorno de la personalidad, y los recientes artículos de revisión de las investigaciones realizadas en este campo han confirmado esta impresión, encontrando una serie de estudios con resultados sorprendentes (26). La terapia dinámica se aproxima al paciente como alguien que repetirá en acciones, en la conducta del aquí y ahora con el terapeuta, los aspectos inconscientes de la personalidad que no pueden recordarse ni verbalizarse. En consecuencia, el patrón caracterológico de las relaciones de objetos internos del paciente y sus conflictos frente a este tipo de relaciones se abrirán ante los ojos del terapeuta sin necesariamente escharbar en los traumas infantiles para desenmarañar secretos ocultos. Conforme el paciente va repitiendo, durante las sesiones, los patrones de relaciones que existen desde hace mucho tiempo, el terapeuta se verá inmerso en una «danza». Los pacientes intentan transformar al terapeuta en una persona del pasado del paciente. El terapeuta mantiene una atención libre flotante frente a lo que el paciente está evocando y utiliza esta «danza» recreativa como vía para comprender la forma en la que el paciente se relaciona con otros fuera de la situación de tratamiento.

Para el terapeuta, un componente clave de la técnica es esclarecer la naturaleza de estos patrones de relación inconscientes, reconociendo que sus propias representaciones contra-transferenciales pueden contribuir a lo que está observando. Entonces, el terapeuta relaciona estos temas con los relatos narrativos de la vida del paciente en el presente y en el pasado. Conforme van surgiendo temas recurrentes, los patrones inconscientes empiezan a ser más accesibles a la conciencia del paciente. Al mismo tiempo, el terapeuta observa los mecanismos de defensa característicos que intentan alejar las sensaciones desagradables (27). Cuando surgen los patrones de defensa con suficiente claridad y previsibilidad y tanto paciente como terapeuta tienen muchos datos que corroboran su existencia, el terapeuta intenta ayudar al paciente a entender cómo operan las defensas.

Los modelos psicodinámicos pueden complementarse con otros modelos, como los modelos evolutivos, cognitivos e interpersonales (28).

Tratamientos cognitivos

Cada trastorno de la personalidad se caracteriza por un conjunto específico de creencias disfuncionales y estrategias compensatorias. Los pacientes con trastorno de la personalidad por dependencia creen que son incapaces. Consideran a otras personas fuertes y competentes. Desarrollan la siguiente convicción: «si intento conseguirlo por mí mismo, voy a fracasar, pero si me puedo basar en otros, me irá bien». En consecuencia, dependen de forma desadaptativa de otras personas. Los pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad creen que nadie va a hacer caso a sus palabras. Consideran que los demás son irresponsables y negligentes. En consecuencia, intentan ejercer un control rígido de sí mismos y de otros. Los pacientes con trastorno de la personalidad por evitación consideran que son deficientes y que otras personas los critican y rechazan. Evitan la intimidad, porque están seguros de que la otra persona los rechazará cuando vea quién es en realidad.

Gran parte del tratamiento cognitivo de los trastornos de la personalidad reside en ayudar a los pacientes a evaluar y modificar sus creencias negativas globales rígidas sobre sí mismos, los demás y sus palabras, y a desarrollar ideas más realistas y adaptadas (29, 30). A menudo, los terapeutas utilizan un modelo de procesamiento de la información para ayudar a los pacientes a saber por qué sus creencias están tan arraigadas. Los terapeutas establecen la hipótesis de que los pacientes tienen estructuras o esquemas en sus mentes que contienen sus creencias centrales. Siempre que los pacientes perciben un acontecimiento negativo destacado, automáticamente procesan el acontecimiento como confirmador de su creencia central. Sin embargo, cuando perciben acontecimientos positivos destacados subestiman la información o ni siquiera la registran. Después de haber educado a los pacientes sobre sus creencias centrales, el terapeuta utiliza una serie de técnicas cognitivas, conductuales, emocionales, interpersonales, de apoyo, de resolución de problemas y ambientales para ayudarlos a modificar sus ideas rígidas y desadaptadas. El objetivo del terapeuta se centra en un cambio de creencias no sólo en el plano intelectual sino también en el plano emocional. A menudo se hace necesaria la exploración y la modificación de los significados de experiencias infantiles importantes. Las técnicas basadas en la experimentación o reexperimentación de determinadas experiencias son valiosas, especialmente para ayudar a los pacientes a comprender emocionalmente lo que ya han entendido intelectualmente.

Tratamientos biológicos

A pesar de la falta de un marco teórico completo, los ensayos empíricos de farmacoterapia han dado muestras de eficacia en los trastornos de la personalidad frente a dominios de síntomas específicos (31). En el dominio de síntomas cognitivo-perceptuales, las dianas de la farmacoterapia incluyen: pensamiento referencial, ideación paranoide, ilusiones, desrealización y despersonalización. Los ensayos de farmacoterapia han mostrado la eficacia de los fármacos antipsicóticos en dosis bajas frente a estos síntomas en pacientes con trastorno límite y esquizotípico. El dominio de síntomas de alteración afectiva se manifiesta por labilidad afectiva, sensibilidad al rechazo, rabia intensa desproporcionada y reacciones temperamentales. Los componentes de enojo y depresión de estos síntomas aparentemente responden a antidepresivos, como los inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAO) y los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS), mientras que la propia inestabilidad responde a anticonvulsivos, como la carbamazepina, o al litio. El descontrol de los impulsos se manifiesta en: ausencia de demora reflexiva, búsqueda de sensaciones, agresividad, abuso de sustancias (alcohol, drogas), o ingestión excesiva de alimentos e ideación suicida. Se ha demostrado la eficacia de una serie de medicaciones contra el descontrol impulsivo, pero más específicamente, de los anticonvulsivos, los ISRS y el litio.

La medicación, como cualquier intervención específica, tiene el potencial de mejorar o alterar el vínculo terapéutico. Dado el papel crucial del vínculo para el tratamiento del trastorno central y su cumplimiento, se debe controlar detenidamente el impacto de la prescripción en el vínculo y explorar de forma inmediata cualquier efecto adverso antes de que tenga oportunidad de potenciarse. Cuando se controla el vínculo, cabe destacar que lo que predice los resultados es más la percepción del paciente con respecto a dicho vínculo que la del terapeuta.

Los datos disponibles muestran que la *combinación* de psicoterapia y *medicación* (32) es eficaz para el tratamiento de los trastornos de la personalidad. Si bien algunas características de los trastornos responden a ambos tratamientos, las intervenciones psicoterapéuticas poseen efectos más persistentes. Si bien se dispone de pocos datos empíricos que evalúen la eficacia de la combinación de psicoterapia y medicación, los efectos independientes de ambos tratamientos, las consideraciones racionales y la opinión de expertos sugieren que psicoterapia y medicación no deben ser consideradas opciones terapéuticas alternativas, sino más bien intervenciones complementarias.

CONCLUSIÓN

El campo de los trastornos de la personalidad se está desplazando lentamente desde un estadio de especulaciones generales y observaciones clínicas sobre etiología y terapia hacia un análisis más empírico de cuestiones básicas sobre concepto, etiología, clasificación y resultados. Los nuevos paradigmas terapéuticos han dado lugar a tratamientos integrales más ajustados, diseñados para abordar problemas específicos de personalidad, como impulsividad, apego inseguro y desconexión, autolesión, agresión y cambios del estado de ánimo. Recientes ensayos de correcto diseño han subrayado que estos programas de tratamiento funcionan en la mayoría de los pacientes con trastorno de la personalidad, lo cual constituye un hallazgo alentador. El reto en el futuro será desarrollar un sistema de clasificación de utilidad clínica superior a la de los sistemas existentes. La investigación sobre modelos alternativos, la dimensionalización del sistema categorial, o ambas, pueden allanar el camino hacia una

nueva comprensión de la etiología, promocionar una mejor evaluación, cubrir mejor las características específicas de la personalidad y proporcionar directrices de tratamiento más eficaces. Es necesario realizar estudios longitudinales, no sólo para adquirir un mayor conocimiento sobre la interacción entre genes y ambiente, sino también para determinar los efectos a largo plazo del tratamiento.

En este artículo se han resumido temas concernientes a los trastornos de la personalidad. Se han señalado brevemente aspectos relacionados con los conceptos de personalidad y trastorno de la personalidad, las definiciones y la historia, y se ha presentado información básica sobre clasificación, diagnóstico y tratamiento de los trastornos de la personalidad. En el programa completo de la WPA se ofrece información más extensa sobre estos temas, incluyendo resúmenes detallados sobre diferentes trastornos de la personalidad a los que se adjuntan presentaciones de casos. Los médicos que trabajan en salud mental de todo el mundo pueden acceder a este programa en Internet, a través de la página Web (www.wpanet.org).

World Psychiatry 2008;7:119-125

Bibliografía

1. Tasman A. The new WPA Educational Program on Personality Disorders. *World Psychiatry* 2007;6:127-8.
2. Shea MT, Widiger TA, Klein MH. Comorbidity of personality disorders and depression: implications for treatment. *J Consult Clin Psychol* 1992;60:857-68.
3. Newman DL, Moffitt TE, Caspi A et al. Comorbid mental disorders: implications for treatment and sample selection. *J Abnorm Psychol* 1998;107:305-11.
4. Skodol A. Problems in differential diagnosis: from DSM-III to DSM-III-R in clinical practice. Washington: American Psychiatric Press, 1989.
5. Kraepelin E. Dementia praecox and paraphrenia. Edinburgh: Krieger, 1919.
6. Schneider K. Psychopathic personalities. London: Cassell, 1950.
7. Kretschmer E. Körperbau und Charakter. Berlin: Springer, 1925.
8. Kernberg O. Severe personality disorders. New Haven: Yale University Press, 1984.
9. Cattell RB. Personality and motivation structure and measurement. New York: World, 1957.
10. Livesley WJ, Jackson DN, Schroeder ML. Factorial structure of traits delineating personality disorders in clinical and general population samples. *J Abnorm Psychol* 1992;101:432-40.
11. Costa PT Jr, McCrae RR. Domains and facets: hierarchical personality assessment using the revised NEO personality inventory. *J Pers Assess* 1995;64:21-50.
12. Millon T. Modern psychopathology. A biosocial approach to maladaptive learning and functioning. Philadelphia: Saunders, 1969.
13. Cloninger CR. A systematic method for clinical description and classification of personality variants. A proposal. *Arch Gen Psychiatry* 1987;44:573-88.
14. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed – text revised (DSM-IV-TR). Washington: American Psychiatric Association, 2000.
15. World Health Organization. International classification of mental and behavioural disorders - 10th edition (ICD-10). Geneva: World Health Organization, 1992.
16. Millon T, Davis RD. Disorders of personality: DSM-IV and beyond. New York: Wiley, 1996.
17. Widiger TA, Simonsen E. Alternative dimensional models of personality disorder: finding a common ground. *J Pers Disord* 2005;19:110-30.
18. Widiger TA. Dimensional models of personality disorder. *World Psychiatry* 2007;6:79-83.

19. Caspi A. Personality development across the life course. In: Damon W, Eisenberg N (eds). *Handbook of child psychology*, 5th ed. New York: Wiley, 1998:311-88.
20. Siever LJ, Davis KL. The pathophysiology of schizophrenia disorders: perspectives from the spectrum. *Am J Psychiatry* 2004;161:398-415.
21. Coccaro EF, Siever LJ, Klar HM et al. Serotonergic studies in patients with affective and personality disorders. Correlates with suicidal and impulsive aggressive behavior. *Arch Gen Psychiatry* 1989;46:587-99.
22. Johnson JG, Cohen P, Kasen S et al. Association of maladaptive parental behavior with psychiatric disorder among parents and their offspring. *Arch Gen Psychiatry* 2001;58:453-60.
23. Bartholomew K, Kwong MJ, Hart SD. Attachment. In: Livesley WJ (ed). *Handbook of personality disorders: theory, research, and treatment*. New York: Guilford, 2001:196-230.
24. Fonagy P, Target M, Gergely G. Attachment and borderline personality disorder. A theory and some evidence. *Psychiatr Clin North Am* 2000;23:103-8.
25. McDermut WZM. Assessment instruments and standardized evaluation. In: Oldham JM, Skodol AE, Bender D (eds). *Textbook of personality disorders*. Washington: American Psychiatric Publishing, 2005:89-102.
26. Leichsenring F, Leibing E. The effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of personality disorders: a meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2003;160:1223-32.
27. Kernberg OF. *Severe personality disorders*. New York: Yale University Press, 1984.
28. Clarkin JF, Lenzenweger MF (eds). *Major theories of personality disorder*. New York: Guilford, 1996.
29. Beck AT, Freeman A. *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford, 1990.
30. Young JE. *Therapy of personality disorders*. Sarasota: Professional Resources Press, 1999.
31. Soloff P. Somatic treatments. In: Oldham JM, Skodol AE, Bender DS (eds). *Textbook of personality disorders*. Washington: American Psychiatric Publishing, 2005:387-403.
32. Waldinger RJ, Frank AF. Transference and the vicissitudes of medication use by borderline patients. *Psychiatry* 1989;52:416-27

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

MARIO MAJ

President of the Congress

El Congreso Internacional de la WPA («Tratamientos en Psiquiatría: una Nueva Actualización») se celebrará en Florencia, Italia, del 1 al 4 de abril de 2009. Será la continuación del Congreso Internacional de la WPA de 2004 («Tratamientos en Psiquiatría: una actualización»), el cual fue el segundo congreso de Psiquiatría con mayor asistencia de todo el mundo, con casi 7.000 participantes. También en esta ocasión se esperan más de 8.000 participantes.

El objetivo del Congreso es aportar una revisión integral de alta calidad de todos los tratamientos basados en la evidencia actualmente disponibles para todos los trastornos mentales. Entre los conferenciantes se encontrarán muchos de los expertos de mayor renombre de los diferentes campos terapéuticos.

La primera parte del Congreso estará representada por las denominadas «ESISM Top-Cited Scientist Lectures», a cargo de los científicos cuyos artículos fueron más citados en las revistas indizadas de Psiquiatría y Psicología a lo largo de los últimos 10 años, conforme a los Essential Science IndicatorsSM (ESISM). La lista de estas conferencias es la siguiente:

- TL1. R.C. Kessler. La brecha terapéutica en Psiquiatría
- TL2. K.S. Kendler. Genética psiquiátrica: una perspectiva actual
- TL3. M. Rutter. Riesgos psicopatológicos mediados por el entorno: estrategias y hallazgos de investigación
- TL4. R.M. Murria. Causas de la esquizofrenia: factores neuroevolutivos y otros factores de riesgo
- TL5. J. Biederman. Antecedentes infantiles del trastorno bipolar: reconocimiento y tratamiento
- TL6. S.V. Faraone. Diagnóstico y tratamiento del trastorno por déficit de atención con hiperactividad del adulto
- TL7. H.S. Akiskal. Tratamiento clínico del trastorno bipolar basado en la comprensión fisiopatológica
- TL8. S.L. McElroy. Tratamiento del trastorno por atracones asociado a obesidad
- TL9. P.E. Keck. ¿Qué es un eutimizante?
- TL10. M.E. Thase. Tratamiento a largo plazo de la depresión: papel de la farmacoterapia y de las psicoterapias

La segunda parte consistirá en una serie de Conferencias de actualización que aportarán una actualización completa de algunos de los aspectos más importantes de los tratamientos en Psiquiatría. La lista de estas conferencias es la siguiente:

- UL1. R.J. Baldessarini. Trastornos, síndromes, síntomas diana: ¿cómo elegimos las medicaciones?
- UL2. P. Fonagy. Psicoterapias: ¿cuál es mejor para cada paciente?
- UL3. G. Thornicroft. Pasos, retos y errores que deben evitarse en el desarrollo de la atención comunitaria de la salud mental
- UL4. P.D. McGorry. Intervención precoz en Psiquiatría
- UL5. M.F. Green. Mejora del rendimiento cognitivo y del funcionamiento en el mundo real en personas con esquizofrenia
- UL6. E. Vieta. Tratamiento integral basado en evidencias del trastorno bipolar
- UL7. K. Fulford. Evidencias y valores en la práctica psiquiátrica
- UL8. S.G. Resnick. Recuperación y Psicología positiva: una actualización
- UL9. R. Drake. Tratamiento de pacientes con abuso de sustancias y graves trastornos mentales
- UL10. M. Stone. Tratamiento integral del trastorno límite de la personalidad en la práctica clínica habitual
- UL11. W.W. Fleischhacker. Comparación de la eficacia, la efectividad y la rentabilidad de los antipsicóticos en el tratamiento de la esquizofrenia
- UL12. P.J. Weiden. El arte y la ciencia del cambio de la medicación antipsicótica
- UL13. G.A. Fava. Estrategias terapéuticas combinadas y secuenciales en trastornos de depresión y de ansiedad
- UL14. K.A. Halimi. Tratamiento multimodal de la anorexia nerviosa y de la bulimia nerviosa.

Otro componente del Congreso estará representado por los Simposios de actualización, que se centran en temas terapéuticos específicos, con una interacción activa entre oradores y participantes. Se compone de la siguiente lista de ponencias:

- US1. El futuro de las psicoterapias en la psicosis (*Moderador: P. Bebbington*)
- US2. Técnicas de imagen cerebral en Psiquiatría: avances recientes y repercusiones clínicas (*Moderador: L. Farde*)

US3. Eficacia y rentabilidad de los tratamientos farmacológicos en Psiquiatría: evidencias obtenidas en ensayos pragmáticos (*Moderador: J. Lieberman*)

- US4. Endofenotipos en Psiquiatría (*Moderador: D. Weinberger*)
- US5. Avances en el tratamiento de los trastornos psicóticos resistentes al tratamiento (*Moderador: H.-J. Möller*)
- US6. Avances en el tratamiento de la depresión resistente al tratamiento (*Moderador: S. Kasper*)
- US7. Avances en el tratamiento del trastorno bipolar resistente al tratamiento (*Moderador: G.B. Cassano*)
- US8. Patrones de colaboración entre los servicios de atención primaria y los servicios de salud mental (*Moderador: V. Patel*)
- US9. Genómica y proteómica en Psiquiatría: una actualización (*Moderador: N. Craddock*)
- US10. Abordaje terapéutico de la comorbilidad de la enfermedad mental y la enfermedad física (*Moderador: N. Sartorius*)
- US11. Evolución de la ciencia y la práctica de la rehabilitación psicosocial (*Moderador: R. Warner*)
- US12. CIE-11 y DSM-V: el trabajo en curso (*Moderador: M. Maj*)
- US13. Violencia, situación traumática y victimización (*Moderador: A. McFarlane*)
- US14. Alteración cognitiva: ¿debe formar parte de los criterios diagnósticos de la esquizofrenia? (*Moderador: R. Keefe*)
- US15. Tratamiento de los síntomas somáticos no explicados por causas médicas (*Moderador: O. Gureje*)
- US16. Trabajo conjunto en la atención de la salud mental (*Moderador: B. Saraceno*)
- US17. La evolución de los trastornos bipolares: nuevos hallazgos y retos metodológicos (*Moderador: M. Tohen*)
- US18. Prevención del suicidio: integración de acciones de salud pública y clínicas (*Moderador: Z. Rihmer*)
- US19. Nuevos objetivos biológicos del tratamiento farmacológico de los trastornos mentales (*Moderador: G. Racagni*)
- US20. Estrategias de prevención e intervención precoz en los contextos comunitarios de atención de la salud mental (*Moderador: S. Saxena*)
- US21. Trastornos de ansiedad: de las dimensiones a los tratamientos dirigidos a objetivos (*Moderador: J. Zohar*)

US22. Aspectos culturales en la atención de la salud mental (*Moderador: P. Ruiz*)
US23. El desafío de la depresión bipolar (*Moderador: J. Calabrese*)
US24. Tratamiento actual de los trastornos mentales en la vejez (*Moderador: C. Katona*)
US25. Prevención del abuso de sustancias en el contexto mundial (*Moderador: M.E. Medina-Mora*)
US26. Avances terapéuticos en Psiquia-

tría infantil (*Moderador: H. Remschmidt*)

US27. Aspectos relacionados con el sexo en los tratamientos psiquiátricos (*Moderador: D. Stewart*)

US28. Atención de la salud mental en países de pocos recursos (*Moderador: P. Deva*)

Además, el programa científico incluirá cursos avanzados, simposios regu-

lares, simposios de zona y de secciones, talleres de trabajo, sesiones sobre investigaciones nuevas, sesiones de pósteres, simposios satélite y otros acontecimientos patrocinados.

Para más información, contacte al Secretariado científico (secretari-at@wpa2009florence.org) o visite la página Web del congreso (www.wpa2009florence.org).

Estudio e informe de las actividades de las secciones científicas de la WPA

MIGUEL R. JORGE

WPA Secretary for Sections

El objetivo de las secciones científicas de la WPA es la recogida, el análisis, la presentación y la difusión de la información concerniente a servicios, investigación y formación en diferentes campos de la Psiquiatría y la salud mental, y el avance de los conocimientos científicos en dichos campos. Según los Reglamentos de la WPA, las secciones lograrán este propósito estableciendo relaciones de trabajo con organizaciones nacionales e internacionales, organizando reuniones científicas y simposios en el Congreso Mundial de Psiquiatría y otras reuniones de la WPA, así como desarrollando programas de formación, directrices y publicaciones, declaraciones de consenso y posicionamientos, así como investigaciones de colaboración internacional.

En la actualidad, la WPA dispone de 65 secciones científicas, que representan diferentes áreas de interés de especialidad, como *trastornos específicos* (psiquiatría de la adicción, trastornos afectivos, ansiedad y trastornos obsesivo-compulsivos, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, trastornos de la conducta alimentaria, impulsividad y trastornos de control de los impulsos, discapacidad intelectual, dolor, trastornos de la personalidad, esquizofrenia, sexualidad humana, trastornos del sueño); *ciencias básicas y relacionadas* (arte, psiquiatría biológica, psicopatología clínica, ecología, economía, epidemiología, genética, historia, informática y telecomunicaciones, inmunología, colaboración interdisciplinaria, ley y ética, literatura, filosofía y humanidades,

psiconeurobiología, psiconeuroendocrinología, psicopatología, psicofisiología, religión, psiquiatría transcultural); *diagnóstico e intervención* (clasificación, evaluación y nomenclatura diagnóstica, educación, instrumentos de medición, neuroimágenes, farmacopsiquiatría, psiquiatría preventiva, rehabilitación, psicoanálisis, psicoterapia); *poblaciones y contextos especiales* (niños y adolescentes, control de conflictos, países en desarrollo, desastres, emergencias, ejercicio y deportes, investigación e intervención familiar, psiquiatría forense, medicina y atención primaria, psiquiatría militar, psiquiatría laboral, edad avanzada, salud mental perinatal y de lactantes, práctica privada, psicooncología, salud mental rural, estigmas, suicidología, tortura y persecución, salud mental urbana, mujeres); y *otras aplicaciones* (medios de comunicación, políticas públicas, aseguramiento de calidad, métodos de investigación).

Cada tres años, la Secretaría de las secciones de la WPA debe realizar un proceso de reinstauración de las secciones en nombre del Comité ejecutivo y conforme a la normativa establecida en los Reglamentos de la WPA. Las secciones deben componerse de al menos 20 miembros, haber celebrado elecciones del Comité de sección en los últimos tres años, haber presentado al menos un simposio en el Congreso Mundial en los últimos 3 años y al menos un simposio o un curso en la Reunión Regional o el Congreso Regional, y/o preparado material de formación con autorización para llevar el logo de la WPA por parte del Comité ejecutivo, así como haber realizado actividades descritas en su plan trienal de trabajo o presen-

tado los motivos de no haberlas podido efectuar.

A principios del año 2007, los presidentes de las secciones de la WPA recibieron un cuestionario en el que se solicitaba la información necesaria para la reinstauración de las secciones. Únicamente una sección no devolvió el cuestionario. De las restantes secciones, 22 (34%) no aportaron información suficiente o no cumplieron los criterios para ser reinstauradas. Todas ellas recibieron un informe específico de la Secretaría de las secciones y se les solicitó tomar las medidas necesarias para corregir la situación antes del Congreso de Praga.

La mayoría de las secciones pudo demostrar un perfil muy bueno de actividades y contribuciones a su campo de interés específico. La actividad más frecuentemente realizada por las secciones es la organización de sesiones científicas en las reuniones de la WPA, seguida de las relaciones de trabajo con otras organizaciones. Alrededor del 60% de las secciones ha desarrollado actividades con sociedades miembro de la WPA y con otras secciones, ha producido programas de formación, directrices o publicaciones, ha recogido y promulgado informaciones científicas y organizado reuniones científicas. Trece secciones han redactado declaraciones de consenso o posicionamiento que suelen constituir un material valioso para las sociedades miembro y los psiquiatras de todo el mundo.

Se considera que el número de miembros (y su distribución geográfica en diferentes regiones del mundo) es un buen indicador de la vitalidad de una sección y del potencial de producir y difundir el conocimiento sobre diferentes perspectivas: 35 secciones de la WPA disponen de 20-50 miembros, 10 secciones tienen 51-100 miembros y 8 secciones tienen más de 100 miembros.

Aparte de la publicación anual de cientos de artículos en muchas diferentes revistas en todo el mundo, las producciones

de las secciones frecuentemente se presentan en *World Psychiatry*, la revista oficial de la WPA. Doce secciones han estado publicando su propia revista o colaborando en la publicación de una revista en su campo específico de interés. Actualmente, se está considerando incluir algunas otras revistas en el abanico de las publicaciones de la WPA.

Durante este trienio, se han apoyado, con determinados fondos institucionales, seis proyectos de investigación propuestos por las secciones de la WPA (1).

Además de aportar la información necesaria para su reinstauración, las secciones de la WPA también deben plantear sus principales necesidades y expectativas. La necesidad principal, mencionada por 24

secciones, fueron los fondos para diferentes actividades. Otras necesidades importantes fueron la ampliación de miembros y la obtención de más representación en diferentes regiones del mundo, así como una mayor presencia de las secciones en la página Web de la WPA.

Las secciones también hacen hincapié en la necesidad de una comunicación más activa entre ellas y con las sociedades miembro de la WPA y otros componentes de la Asociación (como los Representantes de zona). Las secciones también expresan su deseo de estar más activamente implicadas en las reuniones, publicaciones y fuerzas de trabajo, así como en los congresos organizados por sociedades miembro.

Se cuenta con la presencia de todas las secciones de la WPA en el Congreso Mundial de Psiquiatría en Praga. Aparte del desarrollo de actividades científicas, celebrarán una reunión de trabajo en la que se elegirán nuevos responsables.

Los psiquiatras de todos los países han sido invitados a participar en las secciones científicas de la WPA conforme a sus áreas de interés. No se requiere ningún aporte económico.

Bibliografía

1. Jorge MR. Advancement of scientific knowledge through international collaborative research. *World Psychiatry* 2006;5: 190-2.

Primer Congreso de Psiquiatría en Europa del Este

GEORGE CHRISTODOULOU

President, Psychiatric Association for Eastern Europe and the Balkans

Cuando la Asociación de Psiquiatría de Europa del Este y los Balcanes, afiliada a la WPA (www.paeeb.com) tomó la decisión de organizar el Primer Congreso Psiquiátrico de la región, no tenían certeza en cuanto a los resultados. A pesar de ello, se tomó la decisión, y el resultado fue excelente. El congreso se celebró en Tesalónica, Grecia, del 21 al 23 de septiembre de 2007. Participaron más de 700 psiquiatras de prácticamente todos los países de Europa del Este, y las ponencias científicas fueron muy interesantes. Los temas principales del congreso fueron: *a)* reforma en el campo de la Psiquiatría, urgentemente necesaria, y *b)* suicidio, ya que los nueve países europeos con el mayor número de muertes por suicidio pertenecen al Este. Se celebraron paneles de discusión sobre

logros, problemas y perspectivas, en las que participaron todos los representantes de las Asociaciones nacionales; paneles organizados por familias y familiares; cursos de la European Division of the Royal College of Psychiatrists; presentaciones de la European Federation of Psychiatric Trainees and Young Psychiatrists; una mesa redonda sobre la violencia en Oriente Medio con participación de los presidentes de sociedades psiquiátricas de Iraq, Israel y Palestina, y muchos otros temas que incitaron a animadas discusiones.

Durante la Asamblea general en la que participaron los representantes de los 13 países, se votó la Declaración de Tesalónica. La Declaración llama la atención sobre las dificultades económicas de los países de la región, sobre el grave estrés que ha seguido a los conflictos bélicos, sobre el gran número de refugiados y sobre las consecuencias psicosociales de las calamidades que han

ocurrido en la región, sobre las limitaciones de comunicación de los psiquiatras del área con sus colegas de otras partes, sobre la necesidad de aumentar el conocimiento científico y sobre la vuelta al nivel previo de excelencia de las aportaciones científicas de Europa del Este. La Declaración insta a la comunidad científica internacional y a los líderes políticos a contribuir a la reconstrucción y al avance de los países de la región y al aumento de la productividad de sus comunidades psiquiátricas, para el beneficio de los pacientes, sus familiares y la sociedad en general.

El Segundo Congreso de Psiquiatría de Europa del Este se celebrará en Moscú, Rusia, en 2009, bajo la dirección del Prof. Valery Krasnov y con la colaboración del Prof. Yuri Savenko.

World Psychiatry 2008; 7:126-128

