

World Psychiatry

Edición en Español

REVISTA OFICIAL DE LA ASOCIACIÓN MUNDIAL DE PSIQUIATRÍA (WPA)

Volumen 3, Número 1



Abril 2005

EDITORIAL

- Globalización y salud mental: una perspectiva de la WPA 1
A. OKASHA

ARTÍCULOS ESPECIALES

- ¿Son los genes el destino? ¿Han sustituido la adenina, la citosina, la guanina y la timina a Lachesis, Clotho y Atropos como tejedores de nuestro destino? 3
L. EISENBERG
- Psicosis menstrual 9
I. BROCKINGTON
- Inmigración, desarraigo cultural e identidad cultural 18
D. BHUGRA, M.A. BECKER

FORUM – PREVENCIÓN DEL ABUSO DE SUSTANCIAS EN EL MUNDO

- Prevención del abuso de sustancias: una breve perspectiva general 25
M.E. MEDINA-MORA
- Comentarios
- La función de los psiquiatras en la prevención del uso y la dependencia de sustancias psicoactivas: más allá de la práctica clínica 31
V.B. POZNYAK
- Prevención del abuso de sustancias: estrategias de carácter práctico para los psiquiatras del siglo XXI 32
P. SELBY, F.J. VACCARINO
- ¿Cuál es la efectividad de la prevención del abuso de sustancias? 33
A. UCHTENHAGEN
- Intervención sobre el abuso de sustancias en Sudáfrica 34
C.D.H. PARRY
- Prevención del abuso de sustancias: la experiencia de la India 35
H. RAJ PAL
- Si bebes no conduzcas: el éxito del mensaje de Mothers Against Drunk Driving (MADD) 35
N. EL-GUEBALY

ARTÍCULOS DE INVESTIGACIÓN

- Selección de las intervenciones psiquiátricas económicamente rentables: resultados del programa CHOICE de la Organización Mundial de la Salud 37
D. CHISHOLM, EN REPRESENTACIÓN DE WHO-CHOICE
- Efectividad de una forma de intervención psicoeducativa sobre las familias de pacientes con esquizofrenia: resultados preliminares de un estudio sufragado por la Comisión Europea 45
L. MAGLIANO, A. FIORILLO, G. FADDEN, F. GAIR, M. ECONOMOU Y COLS.
- Efectos psicológicos sobre las mujeres embarazadas y sus hijos de la explosión de una bomba en la embajada estadounidense en Nairobi 50
D.M. NDETEL, R.C. RONO, S.W. MWANGI, B. OTOTO, J. ALARO Y COLS.

INFORMES DE LAS SECCIONES DE LA WPA

- Vida laboral y salud mental: ¿un reto para la psiquiatría? 53
L. LEVI

NOTICIAS DE LA WPA

- El Congreso Internacional de la WPA «Treatments in Psychiatry: An Update» 58
A. OKASHA
- La WPA da la bienvenida a tres nuevas sociedades miembro y establece su primer Secretariado Permanente 58
J. COX
- La Declaración de Yokohama: una actualización 60
M. SATO
- El psiquiatra europeo y la cooperación entre organizaciones 61
B. MARTINDALE
- El Congreso Regional de la WPA «Advances in Psychiatry» 63
G. CHRISTODOULOU
- La nueva Sección de la WPA sobre estigma y trastornos mentales 64
H. STUART

World Psychiatry

Edición en Español

REVISTA OFICIAL DE LA ASOCIACIÓN MUNDIAL DE PSIQUIATRÍA (WPA)

Volumen 3, Número 1



Abril 2005

Traducción íntegra de la Edición Original

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

EDICIÓN ORIGINAL

Editor: M. Maj (Italy)

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

Advisory Board: H.S. Akiskal (USA), R.D. Alarcón (USA), H. Freeman (UK), M. Kastrup (Denmark), H. Katschnig (Austria), J.J. López-Ibor (Spain), D. Moussaoui (Morocco), P. Munk-Jorgensen (Denmark), F. Njenga (Kenya), J. Parnas (Denmark), V. Patel (India), N. Sartorius (Switzerland), R. Srinivasa Murthy (India), J. Talbott (USA), M. Tansella (Italy), J. Zohar (Israel)

EDICIÓN EN ESPAÑOL

Comité Consultor: E. Baca (España), E. Belfort (Venezuela), C. Berganza (Guatemala), J. Bobes (Spain), E. Camarena-Robles (México), F. Chicharro (España), R. Cordoba (Colombia), E. Jadresic (Chile), M. Jorge (Brasil), C. Leal (España), R. Montenegro (Argentina), A. Perales (Perú), L. Salvador-Carulla (Spain)

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.

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

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

Passeig de Gràcia 25, 3.º • 08007 Barcelona • Tel. (34) 932 721 750 • Fax (34) 934 881 193

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

© Copyright World Psychiatric Association

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

Publicación que cumple los requisitos de soporte válido

ISSN: 1697-0683

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

Depósito Legal: B-34.071-2003

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

Reservados todos los derechos.

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

Traducido por Grupo Ars XXI de Comunicación, S.L., del original en lengua inglesa (Volumen 4, Número 1, 2005). La responsabilidad de la traducción recae sólo en Grupo Ars XXI de Comunicación, S.L., y no es responsabilidad de la World Psychiatric Association (WPA).

Translated by Grupo Ars XXI de Comunicación, S.L., from the original English language version (Volume 4, Number 1, 2005). Responsibility for the accuracy of the Spanish language rests solely with Grupo Ars XXI de Comunicación, S.L., and is not the responsibility of the World Psychiatric Association (WPA).

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

LOPD: Informamos a los lectores que, según la ley 15/1999 de 13 de diciembre, sus datos personales forman parte de la base de datos de Grupo Ars XXI de Comunicación, S.L. Si desea realizar cualquier rectificación o cancelación de los mismos, deberá enviar una solicitud por escrito a: Grupo Ars XXI de Comunicación, S.L. Paseo de Gracia 25, 3.º 08007 Barcelona.

Globalización y salud mental: una perspectiva de la WPA

AHMED OKASHA

President, World Psychiatric Association

La globalización puede definirse como un proceso en el que tiene lugar la desaparición gradual de las fronteras y los límites tradicionales que separan a los individuos y a las sociedades. Este proceso conlleva claramente consecuencias negativas y positivas, de manera que genera perdedores y ganadores. La globalización ha permitido una intercomunicación mundial instantánea, medios de transporte rápidos y eficientes, un acceso generalizado a la tecnología, una interacción cultural que traspasa todas las fronteras y un enfoque globalizado de los problemas del medio ambiente. Sin embargo, también implica la desregulación del comercio y la creación de organismos políticos y económicos supranacionales. La consecuencia es el aumento de la distancia que separa a las sociedades que disfrutaban del conocimiento, la tecnología y la capacidad para el control de los acontecimientos, de las sociedades que todavía muestran un grado importante de retraso, de falta de conocimiento, de frustración, de abandono y de imposibilidad de seguir el ritmo del progreso y de la actualización.

Por ejemplo, las críticas señalan a Internet como un producto del que sólo disfruta una minoría privilegiada, dado que la mayor parte de la población mundial no sólo no tiene posibilidades de enviar un correo electrónico, sino que nunca ha realizado una llamada telefónica.

La aldea global supuestamente creada por la globalización no es tan global, después de todo. De cada 100 personas que viven en la tierra, 57 son asiáticas, 21 europeas, 8 africanas y 6 americanas; 48 son hombres y 52 mujeres; 30 son de raza blanca y 70 de otras razas; 30 son cristianas y 70 practican otras religiones. Por otra parte, 6 de estas personas poseen el 59 % de todos los bienes, y las 6 son norteamericanas. Ochenta viven en la pobreza, 70 no son capaces de leer, 50 fallecen por hambre, una sola persona tiene estudios superiores y una persona posee un ordenador. Es evidente que la capacidad tecnológica y los recursos no parecen seguir el patrón de mayorías/minorías de la población mundial; es decir, la globalización no ha podido hasta el momento representar de manera democrática al mundo que pretende globalizar (1).

LA GLOBALIZACIÓN DE LA SALUD MENTAL: UN RETO NO SUPERADO

La salud mental es un estado de bienestar en el que el individuo reconoce sus capacidades, puede superar los acontecimientos normales de la vida, trabaja de manera productiva y realiza contribuciones a su comunidad.

La prevalencia de las enfermedades mentales está muy relacionada con las condiciones sociales, económicas y culturales. Si se consideran todos los cambios previamente mencionados en las tecnologías de la información, se hace evidente que las características de las enfermedades mentales (y, en consecuencia, de los tratamientos psicológicos y psicoterapéuticos) presentarán también cambios muy importantes.

La salud mental está ocupando un lugar cada vez más importante en el contexto de las enfermedades que afectan al ser humano en todo el mundo. Saraceno (2) ha señalado que la pobreza

y los trastornos mentales van de la mano, en un círculo vicioso que se debe romper mediante la erradicación de la pobreza, la intervención adecuada sobre los pacientes o —preferiblemente— mediante ambas tareas. Este autor ha demostrado de manera alarmante que la brecha entre las personas tratadas y no tratadas es mayor en los trastornos de los niños y los adolescentes que en la depresión mayor y la esquizofrenia; es decir, que las generaciones venideras, que dentro de poco tiempo deberán responsabilizarse del mundo, son las que sufren una marginación mayor en cuanto a la provisión de asistencia mental.

Los cambios rápidos representan tanto una amenaza como una oportunidad para la psiquiatría. Los recortes en los presupuestos nacionales constituyen el riesgo más evidente, debido a que la mayor parte de los servicios de psiquiatría depende directa o indirectamente de la financiación de los gobiernos. Por otra parte, la demanda de servicios psiquiátricos es cada vez mayor, tanto cuantitativa como cualitativamente.

En psiquiatría, el aspecto más importante de la globalización es la provisión de servicios de salud mental con un patrón de equidad, que permita que toda la población tenga iguales oportunidades de acceso al tratamiento e iguales perspectivas de evolución, con independencia del lugar del mundo del que proceda (1).

Hasta el momento, la globalización ha influido en la práctica clínica psiquiátrica de muchas formas en las que, por desgracia, no se ha incluido el acceso universal a los servicios de salud mental:

- El incremento en la diversidad étnica y cultural de los usuarios de los servicios psiquiátricos ha dado lugar a una gama más amplia de actitudes y creencias en relación con la enfermedad mental.
- El aumento en la diversidad étnica y cultural de los profesionales de la psiquiatría ha ampliado la gama de enfoques y creencias en relación con la salud mental.
- En los países desarrollados, el incremento en las tasas de migración ha inducido un aumento de los trastornos mentales relacionados con la propia inmigración. En los países que se están desarrollando con rapidez, los cambios socioeconómicos y los acontecimientos vitales han producido un incremento en la prevalencia de las enfermedades mentales.
- En todos los países, el desarrollo de la tecnología ha dado lugar a un incremento de la información relativa a la oferta de servicios asistenciales, lo que ha inducido un incremento de su demanda.
- Finalmente, la globalización ha contribuido a la implementación de protocolos internacionales sobre formación en psiquiatría, políticas de salud mental y protección de los derechos humanos de los pacientes psiquiátricos. También ha obligado a una revisión detallada del concepto de capital social y de su influencia sobre la salud mental de los distintos grupos de población.

De hecho, la globalización, tal como se ha implementado hasta el momento, ha causado varias crisis de naturaleza diferente: una crisis de liderazgo (que ha permitido la concentración cada vez

mayor de la riqueza en un número cada vez menor de personas, de manera que las tres personas más ricas del mundo poseen activos superiores al producto interior bruto de los 48 países más pobres; una crisis democrática (1.300 millones de personas deben sobrevivir con ingresos diarios inferiores a 1 US dólar); una crisis económica (1.500 millones de personas no tienen acceso al agua potable, y 1.000 millones de personas deben sobrevivir en condiciones de alojamiento infrahumanas); una crisis espiritual (muchas personas son tan pobres que sólo alcanzan a contemplar a Dios en el poco alimento que pueden conseguir), y —en último lugar, aunque no por ello lo menos importante— una crisis moral (cada día fallecen 40.000 niños debido a malnutrición y enfermedades) (3).

EL PAPEL DE LOS PSIQUIATRAS

Como profesionales de la salud, estamos obligados por nuestro compromiso respecto a la salud de nuestros pacientes; como psiquiatras, estamos especialmente obligados a atender las necesidades de su salud mental.

La Declaración de Madrid señala que los psiquiatras «deben defender la igualdad en el acceso al tratamiento por parte de los enfermos mentales, tanto por motivos de justicia social como de equidad». Los psiquiatras deben trabajar para la provisión continuada de una asistencia de alta calidad y basada en la evidencia dirigida hacia los enfermos mentales.

En el campo del diagnóstico, la globalización de los criterios CIE-10 y DSM-IV proporcionará a los pacientes una herramienta global y actualizada de diagnóstico, lo que debería influir tanto en el tratamiento como en el pronóstico.

La psiquiatría basada en la evidencia garantizará la provisión de mejor servicio psiquiátrico incluso en los países más pobres, filtrando los tratamientos más caros e innecesarios e implementando en los países en vías de desarrollo únicamente los tratamientos esenciales.

EL PAPEL DE LA WPA

En respuesta a los problemas causados o intensificados por la globalización, es necesario abordar estos problemas en los programas de formación psiquiátrica, en la provisión de los servicios de psiquiatría y en las políticas de carácter social, brindando especial consideración a los distintos aspectos de la psiquiatría transcultural. Además, no son necesarios recursos económicos para efectivizar el respeto de los derechos humanos. La mejor forma de garantizar el respeto global de los derechos humanos es a través del incremento de la concienciación y la implementación de los principios de las Naciones Unidas respecto a las personas que padecen enfermedades mentales.

La WPA ha desarrollado un programa formativo tanto para estudiantes como para posgraduados que considera de manera destacada los aspectos transculturales. La variabilidad cultural de las naciones no debe significar una discriminación en el acceso a los servicios de psiquiatría. La globalización en la psiquiatría se puede aplicar en el campo de los derechos humanos de los pacientes con

enfermedades mentales; al respecto, la salud mental de los emigrantes y los abusos políticos de la psiquiatría son aspectos de especial interés.

La negación del tratamiento a los pacientes con enfermedades mentales no tiene ninguna justificación posible. Incluso desde un punto de vista económico, Mumford y cols. (4) han demostrado que el tratamiento de todos los casos de trastornos afectivos daría lugar a un incremento del 2 % en el gasto sanitario global, pero a una disminución del 20 % del gasto sanitario por persona.

En 2002, la WPA General Assembly celebrada en Yokohama elaboró una declaración de consenso acerca de la globalización y de la salud mental (5). En esta declaración se hizo un llamamiento a todos los componentes de la WPA para incrementar la concienciación tanto de la población general como de los gobiernos respecto al hecho de que los efectos de la globalización sólo podrán optimizarse cuando las mejoras de la salud y del bienestar sean objetivos centrales de las políticas económicas nacionales y formen parte del diseño y la gestión de un sistema económico internacional; además, en esta declaración de consenso se subrayaba el hecho de que la salud mental forma parte de la salud pública. También se recomendaba que los psiquiatras participen activamente en la elaboración de las políticas, constituyendo grupos nacionales e internacionales que permitan una distribución más equitativa de los recursos y una asistencia de calidad, y responsabilizándose de que los gobiernos conozcan las implicaciones de la globalización respecto a los derechos humanos y la salud mental. En esta declaración se hacía un llamamiento para que los psiquiatras defendieran la igualdad en el tratamiento de las personas con enfermedades mentales, tanto por motivos de justicia social como de equidad, proporcionando a todos los pacientes los tratamientos más adecuados congruentes con los fundamentos científicos y los principios éticos aceptados. A pesar de los obstáculos planteados por la propia globalización, los psiquiatras deben mantener el compromiso con su mandato y con los principios contenidos en la Declaración de Madrid.

Para conseguir la globalización en los servicios de psiquiatría, es necesario realizar más estudios sobre las variables psicológicas que influyen en la enfermedad mental, proveer una estructura más adecuada para la intervención psicosocial en los países desarrollados y en vías de desarrollo, y efectuar una distribución más equitativa de los recursos mundiales.

World Psychiatry 2005; 3: 1-2

Bibliografía

1. Okasha A. Globalization and mental health. Keynote lecture, 17th World Congress of Social Psychiatry, Kobe, October 2004.
2. Saraceno B. Mental health: scarce resources need new paradigms. *World Psychiatry* 2004;3:3-5.
3. Kelly BD. Globalization and psychiatry. *Advances in Psychiatric Treatment* 2003;9:464-74.
4. Mumford E, Schlesinger HJ, Glass GV et al. A new look at evidence about reduced cost of medical utilization following mental health treatment. *Am J Psychiatry* 1984;141:1145-58.
5. World Psychiatric Association. Consensus statement on globalization and mental health. <http://wpanet.org/home.html>.

¿Son los genes el destino? ¿Han sustituido la adenina, la citosina, la guanina y la timina a Lachesis, Clotho y Atropos como tejedores de nuestro destino?

LEON EISENBERG

Department of Social Medicine, Harvard Medical School, 641 Huntington Avenue, Boston, MA 02115-6019, USA

Tan inútil es intentar determinar la parte del fenotipo de un organismo que se debe a la genética y la parte que se debe al ambiente como intentar saber qué parte del área de un rectángulo se debe a su longitud y qué parte a su altura. El genotipo y el área son un todo. El éxito espectacular de la genómica ha tenido, lamentablemente, el efecto de reavivar la creencia de que los genes constituyen el determinante principal del comportamiento humano. En este artículo se desarrolla la tesis de que la expresión genética es modificada por los efectos del ambiente y que el impacto del ambiente sobre un individuo dado es modificado por el genoma de éste. Los genes establecen los límites de lo posible; el ambiente sintetiza la realidad.

Palabras clave: genómica, nicho ontogénico, polifenismo, eficacia colectiva, herencia genética, fenilcetonuria, talasemia, regulación genética, síndrome de Williams

Cuando finalicé mi formación en psiquiatría en Estados Unidos, hace ya más de 50 años, la genética era un anatema. El psicoanálisis se contemplaba como el límite de la psiquiatría y era una opción muy interesante para los mejores y más brillantes residentes.

Cincuenta años después, la psiquiatría estadounidense está «patas arriba». El descubrimiento de los fármacos psicotrópicos ha transformado a los psiquiatras en psicofarmacólogos. A pesar de las abundantes pruebas de que las distintas formas de psicoterapia (tratamiento cognitivo-conductual y psicoterapia interpersonal) son tan eficaces como los antidepressivos tricíclicos y los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina en los pacientes con depresión de intensidad leve y moderada, el interés por los tratamientos de carácter psicológico sigue decreciendo.

Los prodigiosos avances que han tenido lugar en neurociencias y en las técnicas de imagen cerebral han proporcionado un modelo dinámico del cerebro, adaptado a la experiencia y en cambio continuo a lo largo de toda la vida. Como colofón de toda esta revolución en los conocimientos, la cartografía del genoma humano promete hacer posible la identificación de los genes que influyen en el riesgo de padecimiento de los distintos trastornos psiquiátricos y en la resistencia frente a ellos. Los descubrimientos efectuados en neurociencias y en genómica siguen cambiando la configuración de la psiquiatría, convirtiéndola en una especialidad desproporcionadamente biológica, mientras que anteriormente era desproporcionadamente psicosocial.

A pesar de la parcialidad de este enfoque, los progresos en el conocimiento científico constituyen un avance muy considerable respecto a la situación existente cuando yo realizaba mi formación en psiquiatría. Lo que es inaceptable en la «nueva» psiquiatría es el ingenuo determinismo genético que hace que el contexto social quede fuera de juego, de manera similar a la ignorancia de la «vieja» psiquiatría hacia lo biológico. Al igual que en aquella época me preocupaba el exclusivismo psicoanalítico (psiquiatría sin cerebro), actualmente me preocupa el predominio de la fijación sobre lo biológico (psiquiatría sin mente) ignorando el contexto social (1). El objetivo de este artículo es la reiteración del principio fundamental de la genética evolutiva: así como la respuesta específica de un individuo frente a su ambiente depende de su genoma, la expresión del genoma de un individuo está condicionada por ese ambiente.

EL «JUEGO DE PALABRAS CONVENIENTE» DE GALTON

En su estudio «English Men of Science», Francis Galton (2) intentó diferenciar la influencia de la herencia genética de la in-

fluencia del ambiente. Considerando que la relación entre ambos factores era dicotómica y de carácter competitivo, Galton escribió: «La frase «genética y ambiente» (*nature and nurture*) es un juego de palabras conveniente [...] recoge en dos grupos bien diferenciados los innumerables elementos de los que está constituida la personalidad. La genética es todo lo que el individuo trae consigo al mundo; el ambiente es toda influencia externa que afecta al individuo después de su nacimiento [...]. Cuando la genética y el ambiente compiten por la supremacía en términos de igualdad [...] la primera demuestra ser más poderosa [...] [aunque] ninguno de estos dos factores es autosuficiente».

¿Podrá el conocimiento detallado del genoma predecir el futuro de nuestros hijos? En la mitología griega había tres figuras que tejían el tapiz del destino humano: Lachesis, la medidora, que asignaba su parte a cada individuo; Clotho, la hilandera, que entretejía los hilos de la vida, y Atropos, la dama de la muerte, que cortaba los hilos de la vida en el momento preciso. Hay mitos parecidos en otras culturas. En las sagas de Islandia, el destino del individuo está determinado por las brujas Urdur, Verdandi y Skuld. ¿Cuánta verdad hay en estos mitos de la antigüedad? ¿Son la adenina, la citosina, la guanina y la timina las tejedoras de nuestro destino?

Plantear el problema en estos términos es dar crédito al juego de palabras de Galton. Intentar determinar la parte del fenotipo que se debe a la genética y la parte que se debe al ambiente es tan inútil como intentar determinar la parte del área de un rectángulo que se debe a su altura y la parte que se debe a su anchura. Cada rasgo del fenotipo refleja la expresión genética en un ambiente concreto.

Por supuesto, en los dos extremos hay casos límite; es decir, hay genes letales (mutaciones incompatibles con la viabilidad del feto) y ambientes también letales para cualquier genoma. Cuando el 21 de agosto de 1986 hubo una erupción de toneladas de dióxido de carbono en el lago Nyos de Camerún, la nube tóxica causó la asfixia de todos los individuos que encontró a su paso a medida que bajaba por la pendiente de la colina. A la mañana siguiente, habían muerto 1.700 personas y un número muy elevado de animales (3). No hubo excepciones fundamentadas en el genoma. Sin embargo, en la mayor parte de las circunstancias clínicas los efectos genéticos que observamos han sido modificados por el ambiente en el que se ha desarrollado el individuo, mientras que los efectos ambientales que observamos dependen del genoma del individuo sobre el que han actuado.

EL NICHU ONTOGÉNICO

Genética y ambiente están en una situación de reciprocidad, no de oposición. Además de los genes de los padres, los hijos también heredan a sus propios padres, sus compañeros y los lugares en los que habitan. West y King (4) han acuñado el término «nicho ontogénico» para subrayar el hecho de que los individuos se desarrollan en un contexto ecológico y social que comparten con sus padres, además de compartir con ellos sus genes. Este concepto es útil para reconocer que, además de los padres y los hermanos, también son importantes el vecindario y los vecinos. El nicho ontogénico es un legado que actúa sobre el desarrollo, un eslabón clave entre los padres y los hijos, un paradigma de las oportunidades vitales. La sustitución del contraste retórico «genética frente a ambiente» por la expresión «genética, nicho ontogénico y ambiente» subraya los puntos en común más que las diferencias que configuran la trayectoria vital.

El impacto de los vecinos y el vecindario, como nicho, queda claramente demostrado en el Project on Human Development in Chicago Neighborhoods (5). Tony Earls y cols. (6) sabían que algunas características de la estructura del vecindario (la concentración de la pobreza, la intensidad de la marginalización, la inestabilidad del domicilio) explican una parte significativa de la varianza del comportamiento antisocial del adolescente (7). Sin embargo, lo que estos investigadores pudieron demostrar mediante el uso de métodos estadísticos sofisticados es el hecho de que, tras el ajuste respecto a los niveles previos de criminalidad en el vecindario, el control social de carácter informal constituyó un freno significativo a la delincuencia del adolescente (8). El término de «control social de carácter informal» se refiere a la capacidad de los adultos de la comunidad para realizar el control de los grupos espontáneos de juego en los niños, intervenir para eliminar el absentismo escolar y el callejeo de los adolescentes e impedir los enfrentamientos personales y las alteraciones del espacio público. Además, el control social de carácter informal refleja la capacidad de los grupos sociales cohesionados para demandar a las autoridades municipales los recursos necesarios respecto a patrullas de policía, servicio de bomberos, servicio de recogida de basuras y asistencia social a los mendigos. La importancia de esta capacidad es evidente si se tiene en cuenta la correlación existente entre el abandono de la vivienda, los incendios en edificios, la realización de *graffitis*, las acumulaciones de basura y los delitos más serios en la zona.

Se ha propuesto el término «eficacia colectiva» para definir la cohesión social entre los vecinos que desean actuar en nombre del bienestar común. Los vecindarios inestables y pobres, con una gran concentración de inmigrantes recientes, muestran una eficacia colectiva baja. A su vez, la baja eficacia por sí misma es responsable de una parte sustancial de la asociación entre situación de desventaja y violencia. Las características ecológicas de los vecinos y del vecindario interactúan con las características familiares para determinar los comportamientos (5).

DETERMINACIÓN DEL POTENCIAL HEREDITARIO

Aun sin haber identificado los genes específicos, los especialistas en genética utilizan a menudo el término de «potencial hereditario» para definir parcialmente la contribución genética a un rasgo de interés. Este parámetro no tiene en cuenta la varianza asociada a las interacciones genotipo-ambiente, a las variaciones en los apareamientos y a las interacciones entre los genes (pues los diferentes *loci* no siempre actúan de manera aditiva). Con independencia de los posibles problemas metodológicos, la investigación sobre el ser humano está obstaculizada por el limitado espectro de ambientes a los que puede exponerse a un grupo de población dado (al contrario de lo que ocurre en la investigación

sobre agricultura, en la que es posible una modificación sistemática de las variables tierra, temperatura, luz solar, riego, fertilizantes y genotipo de las plantas). Las estimaciones del «potencial hereditario» no son más que el reflejo de lo observado en una población específica localizada en un contexto geográfico concreto y durante un período de tiempo específico (9). Más que un parámetro estadístico aplicable a todos los grupos de población en cualquier momento, las estimaciones del potencial hereditario están definidas por el contexto y pueden ser mayores o menores (incluso quizá indetectables) en otros grupos de población, en otras zonas geográficas o en otros períodos de tiempo.

Cuando abundan las fenocopias, la posibilidad de herencia genética es baja o indetectable en estas circunstancias. Los efectos de los genes pueden hacerse evidentes sólo después de que disminuya la varianza debida al ambiente. Cuando las modificaciones del ambiente disminuyen las causas extrínsecas de una enfermedad sin eliminar totalmente la enfermedad, las causas restantes muestran un gran potencial hereditario (10). Un ejemplo muy demostrativo de ello son las modificaciones seculares que han tenido lugar en la epidemiología del raquitismo.

El raquitismo era una enfermedad endémica en Estados Unidos hasta el decenio de 1920. El descubrimiento de la vitamina D y la provisión de leche enriquecida con esta vitamina dieron lugar a una disminución espectacular en la prevalencia de raquitismo. Así, Albright y cols. (11) describieron inicialmente en 1937 el raquitismo resistente a la vitamina D, es decir, describieron una señal genética que previamente no se había podido reconocer en medio de todo el ruido ambiental inducido por las fenocopias. A medida que la mejora de las condiciones de vida en los países industrializados eliminó las causas exógenas, se incrementó el potencial hereditario del raquitismo, desde un valor casi indetectable hasta un valor de 1,0. No obstante, el raquitismo exógeno sigue existiendo, si bien en una proporción baja, en grupos de población como las mujeres musulmanas que siguen cubriendo casi toda la superficie de su piel con ropa tras emigrar a países del hemisferio norte en los que hay una cantidad de luz solar menor que en sus países de origen; también se ha demostrado un incremento en la incidencia de raquitismo exógeno en los ancianos atendidos en asilos en Boston y Edmonton durante los meses de invierno, cuando la atenuación atmosférica de la radiación ultravioleta en la banda de 290-315 nm limita la síntesis de vitamina D3 en la piel (12, 13).

Aunque el «potencial hereditario» de la estatura se aproxima a 0,9, la estatura del adulto en los países industrializados ha aumentado en varios centímetros durante los dos últimos siglos sin que hayan tenido lugar modificaciones importantes en la distribución de los genes. Las mejoras en la nutrición y en los aspectos de salud han permitido una expresión más completa del potencial de crecimiento que ya estaba presente de manera inherente en el genoma. Por el contrario, los niños malnutridos muestran una reducción del crecimiento; el «potencial hereditario» calculado en las familias pobres es mucho menor.

Si la malnutrición influye en el «potencial hereditario» manifestado de la estatura, ¿cuál es el impacto que tiene la privación socioeconómica sobre el «potencial hereditario» de la inteligencia? La complejidad de esta relación ha sido aclarada en un estudio publicado recientemente por Eric Turkheimer y cols. (14). Estos investigadores analizaron las puntuaciones obtenidas en un test de inteligencia por 320 parejas de gemelos de 7 años de edad, la tercera parte de las cuales estaba constituida por gemelos univitelinos. Esta muestra era excepcional debido a que un número importante de los niños había sido criado por familias que se encontraban en un nivel de pobreza o cercano a la pobreza. Son pocos los estudios realizados sobre gemelos criados en ambientes de pobreza. ¿Cuáles fueron los resultados novedosos? En palabras de los autores: «En las familias pobres, el 60% de la varianza del cociente intelectual (CI) queda explicado por el

ambiente compartido, mientras que la contribución de los genes es prácticamente nula; por otra parte, en las familias ricas, el resultado es casi exactamente inverso».

El potencial hereditario para el CI en los niños criados en familias de clase media fue elevado (0,72), mientras que fue casi indetectable (0,1) en las familias económicamente marginales. La proporción de la varianza del CI atribuida a los genes muestra, en comparación con la atribuible al ambiente, una variación no lineal en relación con el nivel socioeconómico. El ambiente desempeña un papel tan importante en el desarrollo cognitivo de los niños que crecen bajo condiciones de privación, que oscurece la contribución genética a la variabilidad entre los individuos. En el umbral o cerca del umbral, pequeñas variaciones en las influencias biológicas y psicológicas ejercen un efecto mucho más potente que cuando estas influencias son casi óptimas. Al igual que el consumo insuficiente de alimentos disminuye la estatura y reduce su potencial hereditario, la malnutrición afectiva y cognitiva (de la misma manera que la malnutrición proteico-calórica) induce efectos similares sobre el desarrollo de la inteligencia. Para un ambiente dado, los niños muestran diferencias en su inteligencia debido a la varianza genética. Esta afirmación es cierta tanto en los ambientes que dificultan el crecimiento como en los que lo favorecen. Debido a que las diferencias de clase reflejan las condiciones de crianza, es posible prevenir el retraso cognitivo asociado a la pobreza extrema.

POLIFENISMO

La identidad genómica *no* garantiza la identidad fenotípica. Pueden aparecer fenotipos distintos a partir de genomas *idénticos*. Este fenómeno es denominado *polifenismo*, es decir, existencia de fenotipos distintos en una especie dada. Cada fenotipo puede o no desarrollarse en función de distintos aspectos del ambiente interno y externo. Según la estación del año, y la alimentación, la oruga dimorfa de la encina expresa dos fenotipo tan distintos que inicialmente fueron clasificados como especies diferentes. La diferencia entre la variación fenotípica continua y el polifenismo discreto es un mecanismo regulador complejo que controla la bifurcación entre las vías divergentes. «La expresión de un polifenismo comienza cuando las señales [extrínsecas] se traducen en un *cambio del desarrollo* debido a la interrelación entre la secreción hormonal, los niveles séricos de las hormonas, el umbral de sensibilidad a las hormonas, la cronología de los períodos de sensibilidad a las hormonas y las respuestas específicas frente a ellas» (15).

Las larvas de la abeja hembra se diferencian hacia reinas o trabajadoras, con intensas diferencias morfológicas, a pesar de que parten de genomas idénticos. Las larvas que se convierten en reinas son criadas en amplias celdas con orientación vertical; las reinas toman la «jalea real» proporcionada por las abejas nodrizas, aunque realmente este alimento no contiene ningún ingrediente «real» (16). Lo que sí parece ser importante son las grandes diferencias en la frecuencia, la cantidad y la composición del alimento que toman las abejas reina. Los programas controlados por mecanismos genéticos añaden su propia influencia a lo largo del proceso.

La modificación del desarrollo no depende de la existencia de diferencias genómicas entre las abejas reinas y las abejas trabajadoras, sino de la diferente expresión de grupos completos de genes. Se observan diferencias muy manifestadas en las concentraciones de la hormona juvenil terpenoide de los insectos y de ecdisona a medida que el índice de crecimiento de las reinas sobrepasa al de las trabajadoras (17, 18). El resultado fenotípico último es la aparición de castas diferentes desde los puntos de vista morfológico, reproductivo y del comportamiento. La interrelación entre el genoma y el comportamiento

social está perfectamente adaptada al ambiente local. La nutrición plena (o muy poca alimentación) induce polifenismo en las abejas y en las orugas de la encina, al igual que lo hacen la duración del día y la humedad en los áfidos y las mariposas, o la densidad de población y la presencia de depredadores en otros artrópodos.

POLIFENISMO Y DESARROLLO HUMANO

¿Qué tiene que ver el polifenismo de las abejas y las mariposas con el desarrollo humano? Charles Scriver (19) recomienda aplicar este término por analogía a las distintas formas de evolución clínica en las que los fenotipos difieren de manera importante a pesar de la identidad de los genes, que habitualmente es decisiva

Por ejemplo, consideremos dos pacientes de 5 años de edad que sufren fenilcetonuria, ambos con el gen mutante nulo para la fenilalanina hidroxilasa (PAH). El paciente cuyo defecto genético no es reconocido presentará una deficiencia mental grave con comportamiento psicótico y convulsiones. Sin embargo, el paciente cuyo defecto es reconocido ya en la sala de recién nacidos, mediante pruebas metabólicas de detección, y que recibe una dieta con bajo contenido en fenilalanina será normal. Ambos pacientes son homocigotos para el gen autosómico recesivo; sin embargo, sus fenotipos son extraordinariamente distintos. En el caso clínico, las elevadas concentraciones sanguíneas de fenilalanina alteran el desarrollo cerebral. En el paciente normal, el control alimentario impide las consecuencias metabólicas de la deficiencia enzimática. Se pueden observar «polifenismos» similares en el hipotiroidismo congénito, la galactosemia, la enfermedad con orina en jarabe de arce y la homocistinuria, identificados mediante programas de detección sistemática aplicados al recién nacido y controlados de manera apropiada (20). A pesar de la identidad genotípica, el resultado fenotípico en los pacientes tratados y no tratados es tan distinto como el día de la noche.

Incluso en trastornos mendelianos como la fenilcetonuria, la relación entre genotipo y fenotipo es compleja. En el gen de la PAH se han identificado más de 400 mutaciones diferentes (deleciones, inserciones, defectos de empalme, mutaciones con sentido erróneo y mutaciones sin sentido). La mayor parte de los pacientes con fenilcetonuria son heterocigotos y heredan mutaciones distintas de cada uno de sus progenitores. No obstante, en los casos en los que no tiene lugar la intervención terapéutica, el fenotipo del heterocigoto compuesto muestra alteraciones graves. El determinante principal del fenotipo en un trastorno que es inequívocamente genético es el ambiente social, es decir, el acceso al control metabólico a través de la dieta, la edad a la que se consigue este control y el grado del control.

INTERACCIONES GEN-GEN EN LOS TRASTORNOS MENDELIANOS

La complejidad de la fenilcetonuria es poca cosa en comparación con la intensa diversidad fenotípica existente en las talasemias beta. Estos trastornos sanguíneos monogénicos se deben a una alteración en la síntesis de la cadena beta de la globina; debido a ello, la cadena beta se acumula en los precursores de los hematíes y da lugar a una alteración en la maduración de estas células y a su destrucción prematura. En uno de los extremos del espectro clínico, la intensa anemia da lugar a muerte fetal o neonatal; en el otro extremo, los pacientes con mutaciones «silentes» de la talasemia beta pueden ser detectados de manera accidental en estudios sobre familias. La diversidad fenotípica en las talasemias beta refleja «capas superpuestas de complejidad» (21):

En primer lugar, se han descrito *más de 200 mutaciones primarias* en los genes que codifican la cadena beta de la globina; todas estas mutaciones dan lugar a efectos cuantitativamente diferentes: la mayor parte de las mutaciones son recesivas, y sólo unas pocas son dominantes.

En segundo lugar, hay *loci genéticos de modificación*: los relacionados con la cadena beta de la globina y con la persistencia de la hemoglobina fetal. El padecimiento simultáneo de una talasemia beta puede reducir la gravedad de la talasemia beta al disminuir el exceso de cadenas beta. Los pacientes con talasemia beta y hemoglobina fetal persistente muestran una enfermedad de menor intensidad, debido a que las cadenas beta de la hemoglobina fetal (hemoglobina F) se unen al exceso de cadenas beta.

Los genes que controlan la bilirrubina, el hierro y el metabolismo óseo son modificadores terciarios. Los productos de los grupos hemo resultantes de la destrucción de los hematíes inducen ictericia y formación de cálculos biliares; los polimorfismos en el gen promotor que controla la *glucuronidación hepática* de la bilirrubina pueden aumentar o reducir la gravedad de la enfermedad. El exceso de hierro altera las funciones cardíaca, hepática y pancreática. Los *polimorfismos HFE* influyen en la absorción intestinal del hierro y modifican la gravedad de la insuficiencia cardíaca, la cirrosis y la diabetes. La osteoporosis progresiva que se observa en los adultos con talasemia tiene lugar debido a que el hierro es tóxico para el eje hipotalámico-hipofisario. La toxicidad del hierro puede aumentar o disminuir por efecto de los alelos correspondientes a los receptores de la vitamina D, a los receptores de los estrógenos y al colágeno.

En cuarto lugar, las variaciones en las frecuencias de genes mutantes en los distintos grupos de población reflejan los *efectos evolutivos de la coselección*, debido a la ventaja de los heterocigotos frente a la malaria causada por *Plasmodium falciparum*.

Finalmente, las características del *ambiente social* (padecimiento simultáneo de infecciones, malnutrición y falta de acceso a la asistencia médica) empeoran la evolución clínica. Si esto es lo que ocurre en los trastornos mendelianos «simples», los trastornos multifactoriales se caracterizan por un grado de complejidad incluso mayor.

CRIANZA DE LOS HIJOS Y REGULACIÓN GENÉTICA

¿Cómo se traduce la experiencia social en el desarrollo? Hay una circulación en dos direcciones entre los genes y el comportamiento. En la rata, el comportamiento materno de lameduras, cuidados y alimentación (LCA) configura las respuestas de la descendencia frente al estrés endocrino y del comportamiento (22, 23). La descendencia adulta de las ratas con un comportamiento LCA intenso presenta menos temor y menos respuestas hipotálamico-hipofisario-suprarrenales frente al estrés. La descendencia hembra de las ratas con un comportamiento LCA intenso adopta finalmente también esta forma de comportamiento, lo que sugiere un efecto de los genes. Sin embargo, cuando la descendencia hembra de ratas con comportamiento LCA bajo se mezcla con ratas adultas con comportamiento LCA intenso, finalmente estos animales presentan también un comportamiento LCA intenso. El comportamiento materno se ha transmitido a lo largo de generaciones por medios no genómicos que podríamos denominar «culturales». ¿Cómo ocurre esto? Los cuidados maternos regulan la expresión genética en las regiones cerebrales que controlan las respuestas frente al estrés. Los descendientes expuestos a un comportamiento LCA intenso muestran un incremento en la expresión del ARN mensajero (ARNm) del receptor de los glucocorticoides en el hipocampo, un aumento en las concentraciones de receptores centrales para las benzodiazepinas en la amígdala y una disminución en el ARNm del factor

de liberación de corticotropina en el núcleo paraventricular del hipotálamo. La experiencia social modifica a largo plazo la expresión genética.

Los estudios realizados sobre el ratón de campo, un roedor similar al ratón convencional, brindan un ejemplo contrastante (23). Las especies de ratones de campo muestran grandes variaciones en su comportamiento social. El ratón de las praderas es social y monógamo; sin embargo, el ratón de las montañas es asocial y promiscuo. En el ratón de las praderas macho, la cópula estimula la secreción de la hormona arginina-vasopresina (AVP). La liberación de AVP se asocia al vínculo afectivo entre los progenitores y al cuidado de la descendencia. ¿Es posible que el comportamiento social dé lugar a una liberación de AVP? El bloqueo del receptor cerebral V1a de la vasopresina impide tanto el establecimiento de enlaces afectivos como la aparición de actitudes de cuidado de la descendencia como respuestas frente a la cópula; la inyección intraventricular de AVP incrementa el comportamiento afectivo. La relación entre el comportamiento de cópula y el comportamiento afectivo es hormonal. Por el contrario, la administración de AVP no da lugar a ningún efecto en el ratón de las montañas. La estructura de los genes que controlan el receptor V1a cerebral es distinta en ambas especies; el gen V1a del ratón de las montañas carece de una secuencia de codificación de 428 pares de bases que sí se observa en el gen del ratón de las praderas. Las estructuras genéticas determinan y reflejan los patrones del comportamiento.

LOS GENES COMO DETERMINANTES PRINCIPALES DEL COMPORTAMIENTO

Las estructuras controlan las funciones al igual que la función moldea las estructuras. Los genes tienen una gran importancia; en algunos síndromes son incluso decisivos. Las alteraciones genéticas pueden dar lugar a «fenotipos del comportamiento». El síndrome de Williams es un ejemplo de ello; se caracteriza por un fenotipo de comportamiento específico: alteraciones visuoespaciales graves en presencia de un incremento del procesamiento facial y de la manifestación emocional. El CI de ejecución de Wechsler es significativamente menor que el CI verbal. Algunos niños con síndrome de Williams muestran lo que se ha denominado «lenguaje de reunión social», es decir, un lenguaje fluido y articulado con numerosas frases hechas, expresiones de carácter social y enunciados completamente irrelevantes (24). La causa del síndrome es una delección genética intersticial en el cromosoma 7; el tamaño de la delección es variable, al igual que las manifestaciones clínicas.

Alian Reiss y cols. (25) utilizaron una técnica de resonancia magnética de alta resolución para detectar diferencias en la estructura cerebral mediante la comparación de 43 pacientes con síndrome de Williams y 40 controles normales equiparados en cuanto a edad y sexo. El volumen cerebral de los pacientes que padecían el síndrome fue un 11 % menor que el de los controles. Las reducciones del volumen y de la densidad de la sustancia gris fueron incluso mayores en las regiones cerebrales que desempeñan una función en el procesamiento visuoespacial (tálamo y corteza occipital). Por el contrario, estos pacientes mostraron volúmenes desproporcionadamente *mayores e incremento* de la densidad de la sustancia gris en las estructuras que desempeñan un papel importante en los comportamientos emocional y social (amígdala, corteza cingular, circunvolución temporal superior, circunvolución fusiforme y corteza insular). Todavía no se han determinado los mecanismos a través de los cuales las delecciones genéticas en el cromosoma 7 causan alteraciones en la estructura. Sin embargo, es evidente que las estructuras anómalas deben recorrer un largo camino para explicar el fenotipo del comportamiento.

INTERACCIONES ENTRE LA GENÉTICA Y EL AMBIENTE EN LA ESQUIZOFRENIA

Se sabe desde hace tiempo que la esquizofrenia es una enfermedad familiar. El riesgo entre los familiares en primer grado de los pacientes que sufren esquizofrenia es mayor que el existente en la población general. Sin embargo, ¿Cuál es el modo de transmisión? Aunque se han efectuado numerosas propuestas, hasta el momento no hay pruebas definitivas acerca de los genes que pueden conferir un riesgo. No obstante, a pesar de que no ha tenido lugar una identificación precisa de los genes, el seguimiento de la evolución de los niños dados en adopción por madres con esquizofrenia permite estudiar las interacciones genética/ambiente. El mejor estudio acerca de este problema a través del método de adopción fue publicado en la primavera de 2004.

Pekka Tienari y cols. (26), de la University of Oulu en Finlandia, publicaron un estudio sobre el seguimiento a largo plazo de niños finlandeses adoptados, la mitad de los cuales eran hijos de mujeres esquizofrénicas. Los investigadores seleccionaron la muestra a partir de un registro de población finlandés en el que se recogen todos los ingresos en hospitales psiquiátricos así como todas las adopciones que han tenido lugar a lo largo de los 20 últimos años. Identificaron a 145 mujeres con esquizofrenia que habían tenido un hijo que posteriormente dieron en adopción. La muestra de niños adoptados fue equiparada en cuanto a los datos demográficos con una muestra de niños adoptados cuyas madres no tenían antecedentes de hospitalización psiquiátrica. Los investigadores evaluaron ambos grupos de niños adoptados así como las familias de adopción, mediante instrumentos psicométricos cuidadosamente calibrados, tanto en el momento en el que los niños adoptados tuvieron una edad media de 23 años como —posteriormente— cuando tuvieron 35 años. Los resultados ofrecen datos muy interesantes acerca de las influencias hereditarias y ambientales.

Mientras que sólo presentaron esquizofrenia 8 de los 145 hijos de mujeres normales, en el grupo de hijos de mujeres esquizofrénicas esta cifra fue de 27. Esta diferencia fuertemente significativa es un testimonio evidente de la importante contribución hereditaria. Sin embargo, al evaluar a las familias que habían criado a los niños se obtuvo un resultado también muy interesante: 27 de los 32 niños adoptados que presentaron esquizofrenia habían sido criados por familias adoptivas disfuncionales.

Estos resultados indican que la crianza adecuada de un niño sano disminuye la posibilidad de que se manifieste el fenotipo esquizofrénico a pesar del riesgo genético, o bien que la expresión del riesgo genético requiere la existencia de factores ambientales precipitantes. Pekka Tienari y cols. no pudieron excluir la «causalidad inversa», es decir, la posibilidad de que las peculiaridades biológicas hereditarias en el grupo de niños adoptados de riesgo alto hubiera «inducido» una disfunción en sus familias de adopción. Al considerar todos los datos, la conclusión de los investigadores fue que «no hay ningún factor de riesgo genético alto ni ningún ambiente familiar disfuncional que por sí mismos puedan predecir la aparición de esquizofrenia». Lo que sí es decisivo es la interacción entre riesgo y características de la crianza del niño.

DEPRESIÓN POR ESTRÉS EN PERSONAS VULNERABLES

Es sabido, desde hace tiempo, que los acontecimientos vitales estresantes incrementan el riesgo de depresión. Además, es evidente que sólo una pequeña proporción de las personas expuestas a estas formas de estrés desarrolla síndromes clínicos. ¿Por qué hay personas que muestran estos síndromes y hay otras que no los padecen? Una posibilidad obvia es la variación alélica. En el caso de la depresión, un candidato prometedor es un polimor-

fismo funcional localizado en la región promotora del gen transportador de la serotonina (5-HTTLPR), dado que la variación en la longitud de sus alelos influye en la captación de serotonina en las sinapsis.

Caspi y cols. (27) utilizaron datos procedentes del Dunedin Longitudinal Study of Development, en el que fueron evaluados cada 2 años más de 1.000 niños, desde los 3 a los 21 años de edad. Entre los factores registrados estaba la exposición a acontecimientos vitales estresantes, incluyendo el abuso infantil. Cuando los participantes en el estudio fueron evaluados a los 26 años de edad, el 17 % cumplía criterios de haber sufrido al menos un episodio depresivo mayor.

Para el análisis genético, los participantes fueron clasificados en tres grupos según su genotipo 5-HTTLPR: a) homocigotos para el alelo corto, b) heterocigotos y c) homocigotos para el alelo largo. Los acontecimientos vitales estresantes tuvieron un impacto mucho mayor sobre la posibilidad de depresión en los portadores de al menos un alelo corto, en comparación con los homocigotos para el alelo largo. Otra evidencia de la función desempeñada por las características genéticas es que los antecedentes documentados de abuso infantil sólo predijeron la aparición de depresión en los pacientes con el alelo corto (27).

CONCLUSIÓN

Los ejemplos clínicos presentados en este artículo (la herencia genética de la inteligencia, de la fenilcetonuria, de la esquizofrenia y de la depresión) reflejan los grandes avances que han tenido lugar en la psiquiatría a través de los progresos de la genética. Al mismo tiempo, estos ejemplos dejan claro que los fenotipos clínicos reflejan tanto los factores ambientales como los genéticos. Así, el éxito en la especificación de los genotipos facilitará a los clínicos la identificación de las características relevantes de los ambientes familiares y no familiares que influyen tanto en la salud como en la enfermedad (28).

World Psychiatry 2005; 3: 3-8

Bibliografía

1. Eisenberg L. Mindlessness and brainlessness in psychiatry. *Br J Psychiatry* 1986;148:497-508.
2. Galton F. English men of science: their nature and nurture. London: Macmillan, 1874.
3. Clark T. Taming Africa's killer lake. *Nature* 2001;409:554-5.
4. West MJ, King AP. Settling nature and nurture into an ontogenetic niche. *Develop Psychobiol* 1987;20:549-62.
5. Sampson RJ, Raudenbush SW, Earls F. Neighborhoods and violent crime: a multilevel study of collective efficacy. *Science* 1997;277:918-24.
6. Earls F, Carlson M. The social ecology of child health and well-being. *Ann Rev Publ Health* 2001;22:141-66.
7. Earls F. Community factors supporting child mental health. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2001;10:693-709.
8. Sampson RJ. Collective regulation of adolescent misbehavior. *J Adolesc Res* 1997;12:227-44.
9. Cavalli-Sforza LL, Bodmer WF. The genetics of human populations. San Francisco: Freeman, 1971.
10. Childs B, Scriver CR. Age at onset and causes of disease. *Perspect Biol Med* 1986;29:437-60.
11. Albright F, Butler AM, Bloomberg E. Rickets resistant to vitamin D therapy. *Am J Dis Child* 1937;54:529-47.
12. Webb AR, Kline L, Holick MF. Influence of season and latitude on the cutaneous synthesis of vitamin D3: exposure to winter sunlight in Boston and Edmonton will not promote vitamin D3 synthesis in human skin. *J Clin Endocrinol Metab* 1988;67:373-8.

13. Holick MF. Sunlight dilemma: risk of skin cancer or bone disease and muscle weakness. *Lancet* 2001;357:4-5.
14. Turkheimer E, Haley A, Waldron M et al. Socioeconomic status modifies heritability of IQ in young children. *Psychol Sci* 2003;14: 623-8.
15. Evans JD, Wheeler DE. Gene expression and the evolution of polyphenisms. *BioEssays* 2001;23:62-8.
16. Brouwers EVM, Ebert R, Beetsma J. Behavioural and physiological aspects of nurse bees in relation to the composition of larval food during caste differentiation in the honeybee. *J Apicultural Res* 1987;26:11-23.
17. Hartfelder K, Engels W. Social insect polymorphism: hormonal regulation of plasticity in development and reproduction in the honeybee. *Cur Topics Develop Biol* 1998;40:45-77.
18. Evans JD, Wheeler DE. Expression profiles during honey bee caste determination. *Genome Biol* 2000;2:1.
19. Scriver C. Why mutation analysis does not always predict clinical consequences. *J Pediatrics* 2002;140:502-6.
20. National Institutes of Health. Consensus statement, phenylketonuria (PKU): screening and management. Bethesda: National Institutes of Health, 2000.
21. Weatherall DA. Phenotype-genotype relationships in monogenic disease: lessons from the thalassemias. *Nature Rev Genet* 2001;2: 245-55.
22. Francis R, DiOrio J, Li UD et al. Nongenomic transmission across generations of maternal behavior and stress responses in the rat. *Science* 1999;286:1155-8.
23. Insel TR, Young LJ. The neurobiology of attachment. *Nature Rev Neurosci* 2001;2:129-36.
24. Udwin O, Yule W. Expressive language in children with Williams syndrome. *Am J Med Genet* 1990;6(Suppl.):108-14.
25. Reiss AL, Eckert MA, Rose FE et al. An experiment of nature: brain anatomy parallels cognition and behavior in Williams syndrome. *J Neurosci* 2004;24:5009-15.
26. Tienari P, Wynne LC, Sorri A et al. Genotype-environment interaction in schizophrenia-spectrum disorder: long-term follow-up study of Finnish adoptees. *Br J Psychiatry* 2004;184:216-22.
27. Caspi A, Sugden K, Moffitt TE et al. Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science* 2003;301:386-9.
28. Eisenberg L. Does social medicine still matter in an era of molecular medicine? *J Urban Health* 1999;76:164-75.

Psicosis menstrual

IAN BROCKINGTON

Lower Brockington Farm, Bredenbury, Bromyard, HR7 4TE Herefordshire, UK

En este artículo se revisa la bibliografía relativa a la psicosis menstrual y se propone una nueva clasificación, adaptada de las clasificaciones de v. Krafft-Ebing (1902) y Jolly (1914). La bibliografía mundial está constituida principalmente por publicaciones de casos aislados; entre ellos hay unos pocos que reúnen los requisitos para una demostración estadística de la relación entre el inicio de la psicosis y la menstruación. Estos casos bien documentados son ejemplos de psicosis de inicio premenstrual, catamenial, paramenstrual y en la parte media del ciclo, así como ejemplos de psicosis continuada con variaciones cíclicas acordes con el ciclo menstrual. Los episodios que sufren las pacientes parecen estar concentrados alrededor de la menarquia y del posparto. El cuadro clínico es similar al de la psicosis puerperal, y se han publicado al menos 20 casos de mujeres con ambos cuadros de psicosis en diferentes períodos de sus vidas. Estas dos formas de psicosis parecen estar incluidas en el grupo de trastornos maniaco-depresivos, de forma que la menstruación podría ser otro factor desencadenante de un episodio bipolar. En algunos estudios se ha señalado la asociación con los ciclos anovulatorios. Los casos de inicio antes de la menarquia sugieren un origen diencefálico.

Palabras clave: psicosis menstrual, menstruación, psicosis puerperal, psicosis maniaco-depresiva (bipolar), menarquia

Las primeras observaciones de una posible conexión entre la menstruación y la aparición de trastornos psicológicos tuvieron lugar en el siglo XVIII (1). En un primer momento, los trastornos emocionales de origen menstrual fueron principalmente de interés forense (2, 3), y en 1827 esta relación se utilizó como defensa en un caso de filicidio (4). La psicosis premenstrual fue abordada brevemente en 1807 por Amard (5) y en 1842 por Brière de Boismont (6), quien también describió la psicosis catamenial en 1851 (7) y realizó el primer estudio sobre un trastorno del estado de ánimo relacionado con la menstruación. En 1858, Schlager (8) revisó detalladamente la influencia de la menstruación sobre la enfermedad mental establecida, la epilepsia, la hospitalización en instituciones psiquiátricas, el suicidio y los delitos. Berthier (9) e Icard (10) recogieron en conjunto más de 400 casos relacionados con cualquier trastorno menstrual, incluyendo dismenorrea, menorragia, amenorrea y menopausia. Su clasificación se basaba en los síntomas de presentación (p. ej., cleptomanía, piromanía, dipsomanía, ninfomanía, manía homicida), no en el momento de inicio del proceso. En 1878, v. Krafft-Ebing (11) realizó la primera de sus dos importantes contribuciones, describiendo 19 casos. En 1902 este autor escribió su monografía «Psychosis Menstrualis» (12), en la que introdujo una clasificación temporal bajo los encabezamientos de psicosis de la menstruación, psicosis de la ovulación (única, recidivante y periódica) y psicosis del ciclo menstrual. En 1914, Jolly (13) revisó esta clasificación, enfatizando en la fase de la edad fértil: psicosis con inicio antes de la menarquia, durante la menarquia, durante la menopausia, psicosis menstrual recurrente y casos asociados al ciclo menstrual.

A pesar de la excelencia de estas observaciones clínicas y de la eminencia de v. Krafft-Ebing, el concepto de psicosis menstruales no fue universalmente aceptado. Así, es probable que hoy en día muchos psiquiatras ni siquiera tengan conocimiento de este trastorno. La revisión que se presenta en este artículo está fundamentada en aproximadamente 400 citas bibliográficas de las que sólo se reseñan las más importantes. Se propone una clasificación modificada, adaptando las ideas de v. Krafft-Ebing y Jolly: los casos se clasifican, en primer término, según el momento de aparición respecto al ciclo menstrual y, después, según el momento de la edad fértil en el que tienen lugar.

DEFINICIÓN

La psicosis menstrual tiene las características siguientes: a) inicio agudo, sin antecedentes patológicos; b) duración breve,

con recuperación plena; c) características psicóticas: confusión, estupor y mutismo, delirios, alucinaciones o síndrome maniaco; d) periodicidad aproximadamente mensual, en relación con el ciclo menstrual.

Se excluyen los cuadros de tensión y depresión premenstruales, así como los de exacerbación menstrual de una enfermedad mental crónica.

Muchos de los casos descritos en la bibliografía están fundamentados en estudios retrospectivos, en información obtenida a partir de familiares y en estudios prospectivos sin datos adecuados acerca de la duración y las fechas. Éstos se consideran *casos posibles*. Para considerar un *caso confirmado* es necesario que haya detalles suficientes acerca del inicio de la menstruación y del cuadro de psicosis, para realizar pruebas estadísticas que permitan detectar una probabilidad $< 0,01$. Se han utilizado una prueba no paramétrica y una prueba paramétrica. En ambos casos, se ha calculado el intervalo intermenstrual medio. En la prueba no paramétrica se han utilizado dos episodios para definir el intervalo en el cual se inicia la psicosis; también se utilizó el número total de episodios adecuadamente registrados: $p = (a/b)^{n-2}$, donde a = intervalo, en días, en el cual se inicia el episodio, b = intervalo intermenstrual medio en días, n = número de episodios. En la prueba paramétrica se ha utilizado $t = \frac{x - \mu}{s / \sqrt{n}}$, donde x = inicio medio de la psicosis, μ = mitad del intervalo intermenstrual, s = desviación estándar de los inicios de la psicosis, n = número de episodios. Esta prueba se denomina distribución t con $n - 1$ grados de libertad.

CLASIFICACIÓN SEGÚN EL MOMENTO DE APARICIÓN DURANTE EL CICLO MENSTRUAL

Psicosis premenstrual

Estas psicosis se inician durante la segunda mitad del ciclo y en ocasiones finalizan súbitamente, con recuperación de la paciente, al comienzo de la menstruación. A continuación se brinda un ejemplo:

Se trata de una chica de 16 años de edad con cuatro familiares mentalmente enfermas por parte de la madre (su abuela y tres tías). Tuvo la menarquia a los 13 años. Su historia clínica indicaba tres episodios de enfermedad maniaca que habían comenzado 12 días antes de la menstruación y que habían finalizado súbitamente al comienzo de siguiente menstruación. Posteriormente sufrió otros seis episodios ob-

servados, cuyas fechas precisas fueron registradas. El cuarto episodio se inició el 4 de abril de 1894 y finalizó súbitamente con la menstruación el 13 de abril. El quinto episodio comenzó el 26 de abril y finalizó con la menstruación el 10 de mayo. El sexto episodio se inició el 29 de mayo y finalizó con la menstruación el 14 de junio. Durante los meses de junio, julio y agosto no presentó ningún episodio. El séptimo episodio se inició el 26 de agosto y finalizó con la menstruación (fecha no precisada). Después, la paciente tuvo varios episodios premenstruales progresivamente más leves, hasta que estos episodios desaparecieron en el mes de marzo del año siguiente. El ciclo menstrual tenía una duración media de 31 días, y los episodios se iniciaron 9-16 días antes del comienzo de la menstruación. Mediante la prueba no paramétrica, $p = 0,027$; con la prueba paramétrica, $t = 4,2$ con 5 grados de libertad ($p < 0,001$). La desaparición súbita de los síntomas con el inicio de la menstruación en cuatro ocasiones es un dato a favor de la relación entre la psicosis y la menstruación (12, caso 7).

Éste es uno de siete casos confirmados (12, 14-17). Los cinco primeros satisfacían al menos una de las pruebas estadísticas en relación con el momento de inicio de la psicosis. Además, los casos de v. Krafft-Ebing (12, caso 7) y Knaus (18) cumplían los criterios respecto a la desaparición de los síntomas con la menstruación. Hay 64 casos posibles (5-7, 9, 11, 16, 19-62). Algunos autores han publicado casos múltiples. En vista de que se ha exagerado la frecuencia de la tensión premenstrual y la asociación de la fase premenstrual con los malos resultados en exámenes académicos, los robos en las tiendas, la piromanía y el suicidio, estos casos deben ser abordados con escepticismo, a pesar de que su número es abundante.

Psicosis catamenial

Estas psicosis se inician con el comienzo de la menstruación. Hay tres casos confirmados (11, 63, 64) y 30 casos posibles (7, 9, 11, 12, 14, 48, 50, 65-80). A continuación se ofrece un ejemplo:

Una mujer de 29 años de edad con antecedentes de episodios maníacos prolongados desarrolló un cuadro episódico recurrente que reaparecía mensualmente y que tuvo una duración de 2 años. El comienzo de la menstruación fue registrado en 17 ciclos sucesivos; el ciclo menstrual tenía una duración media de 25 días. Se registró el inicio de 16 episodios. La duración media de los episodios fue de 10 días. Uno de los episodios comenzó 2 días antes de la menstruación. Los demás episodios comenzaron hasta 6 días (media, 1 día) desde el inicio de la menstruación. Mediante la prueba no paramétrica, la probabilidad de que esta secuencia fuera debida al azar fue de $8/25^{12} = 0,0000007$. Con la prueba paramétrica, $t = 18,8$ con 15 grados de libertad ($p < 0,001$) (11, caso 12).

Psicosis paramenstrual

Estos cuadros son psicosis de inicio variable, pero siempre en armonía con el ciclo menstrual. Dada la amplia gama de momentos de inicio, son necesarios muchos episodios para alcanzar un umbral de significación estadística. No obstante, hay seis casos confirmados (12, 14, 47, 81-84) y 34 casos posibles (11-13, 26, 30, 35, 43, 48, 50, 85-99). A continuación se expone el caso de Ewald (81, 82):

Una mujer múltipara de 36 años de edad sufrió una serie de episodios psicóticos y de estupor que comenzaron después del nacimiento de su séptimo hijo. Había datos cronológicos de más de 35 de estos episodios. El intervalo intermenstrual era prolongado, con sólo 10 ciclos menstruales anuales. Se realizaron intentos para detener el proceso mediante radioterapia ovárica. El inicio de los episodios ocurría en un intervalo de 16 días, entre 10 días antes del final de la menstruación y 1 día después de ese final. Al considerar únicamente los 20 episodios que tuvieron lugar antes de la castración, la probabilidad de que esta secuencia de momentos de comienzo de los episodios fuera debida al azar fue de $16/36,5^{18} = 0,00000026$.

Psicosis de la parte media del ciclo menstrual

Éste es un cuadro comparativamente infrecuente. Hay tres casos confirmados (30, 99, 100) y ocho casos posibles (30, 47, 78, 101-104). A continuación, el caso de Wollenberg (99):

La paciente había presentado 14 episodios maníacos relacionados con 15 ciclos menstruales. El momento de inicio medio se situaba casi en la mitad del ciclo menstrual desde el comienzo de la menstruación (18 días después del comienzo de la última menstruación y 16 días antes del inicio de la menstruación siguiente), pero el intervalo de días dentro del cual se producía el inicio era amplio, de 20 días, entre 6 y 25 días antes del inicio de la menstruación. Con una duración media del ciclo de 34 días, la probabilidad de que esta secuencia de inicio de los episodios en relación con la menstruación fuera debida al azar fue de $20/34^{12} = 0,0018$. Mediante la prueba paramétrica tomando la parte media del ciclo como referencia, $t = 9,04$ con 13 grados de libertad ($p < 0,001$).

Psicosis asociada al ciclo menstrual

Éste es un término introducido por v. Krafft-Ebing para indicar los cuadros de psicosis bipolar que duran todo el ciclo y que presentan cambios con la menstruación. Hay tres casos confirmados (105-107) y seis casos posibles (9, 12, 92, 108-110). A continuación, un ejemplo:

La paciente, una mujer de 22 años de edad, presentó un cuadro de depresión tras un acontecimiento vital, seguido de un episodio maníaco breve. Después, la paciente mostró un proceso patológico cíclico con ocho episodios maníacos y siete episodios depresivos, en relación con ocho ciclos menstruales. Los episodios maníacos tuvieron una duración media de 15 días, comenzando 4-6 días después del comienzo de la menstruación. Los episodios de depresión tuvieron una duración media de 8 días, comenzando 1-5 días antes del inicio de la menstruación. Con un intervalo menstrual medio de 24 días, la probabilidad de que esta secuencia fuera debida al azar fue de 0,00003 para la manía y de 0,00004 para la depresión. Las pruebas paramétricas también fueron muy significativas (105).

CLASIFICACIÓN SEGÚN LA FASE DE LA EDAD FÉRTIL

Bajo este encabezamiento se considerarán los casos prepurales, los episodios únicos durante la menarquia, los cuadros

de inicio durante el posparto, las secuencias durante los períodos de amenorrea y el inicio tras la menopausia.

Episodios únicos durante la menarquia

Los episodios únicos tienen una base de evidencia escasa. Para demostrar la asociación entre una enfermedad psiquiátrica y la menarquia, es necesario realizar estudios de casos y controles o de cohortes. No obstante, es interesante el hecho de que estos episodios han sido descritos con frecuencia (10, 13, 34, 40, 67, 69, 78, 92, 108, 111-115). Incluso, hay una posible referencia en un escrito apócrifo atribuido a Hipócrates (111): «Al iniciarse los períodos menstruales [...] la sangre acude al útero. Si no puede salir, se vuelve contra el corazón y el diafragma, dando lugar a sopor, letargo y locura. A continuación, aparecen fiebre, temores, impulsos homicidas, sentimientos terribles, alucinaciones de órdenes y tendencias suicidas. Recomiendo que estas chicas se casen lo antes posible. El embarazo las cura».

A continuación, un ejemplo más moderno:

Una chica de 17 años de edad se sintió mal el 6 de febrero y fue hospitalizada al día siguiente. Su estado empeoró y presentó delirio el día 8 y mutismo el día 11. El día 13 de febrero se recuperó súbitamente tras el comienzo de su primera menstruación (12).

Casos prepuberales

Estos casos tienen un gran interés desde el punto de vista etiológico y fueron descritos inicialmente por Werner en 1891 (116). Tres años después, Friedmann (113) acuñó el término de *primordiale menstruelle Psychose* (psicosis menstrual primordial), que posteriormente fue adoptado por v. Krafft-Ebing (11). Sin embargo, algunos de los supuestos casos se han iniciado después de la pubertad, y es importante utilizar este término únicamente en las niñas que sufren episodios casi mensuales antes de la menarquia. Este concepto también difiere del término moderno de «psicosis periódica de la pubertad» (o «psicosis periódica de la adolescencia»), dado que no todos los casos de este trastorno satisfacen la estricta definición señalada. Sin una referencia a la hemorragia menstrual, es difícil confirmar estadísticamente estos casos. No obstante, hay 14 casos con evidencia circunstancial (algunos más convincentes que otros); el más convincente es el publicado por Friedmann (113). No hay correspondencia entre estos casos y el momento de aparición de los episodios pospuberales: algunos fueron episodios premenstruales; otros, catameniales; algunos, asociados al ciclo menstrual; en un caso los episodios fueron en la parte media del ciclo, y en otros la información fue incierta.

Belhomme (117) describió una variante en una mujer de 45 años de edad que nunca había tenido la menstruación, pero que sufrió un cuadro de psicosis con periodicidad casi mensual con una duración de varios días, permaneciendo completamente normal en el intervalo. En otros dos casos publicados se describen cuadros de psicosis de periodicidad mensual en niñas que nunca habían menstruado (58, 118). Yamashita (17) publicó el siguiente caso excepcional:

La paciente presentó un pinealoma ectópico a los 7 años de edad. El tumor fue tratado mediante radioterapia sobre la hipófisis, lo que dio lugar a diabetes insípida y a prolongación del estado prepuberal. A los 16 años la paciente fue tratada con estrógenos y progesterona para iniciar la menstruación, pero el tratamiento se interrumpió 3 años más tarde. Un mes

después de la interrupción de las hormonas, la paciente presentó una serie de episodios depresivos con ideas de persecución. Los intervalos entre los momentos de inicio fueron 39, 22, 31, 30 y 25 días.

Es pertinente aquí realizar algunas observaciones sobre dos enfermedades médicas asociadas a la menstruación. En la diabetes se han observado cambios cíclicos en el control de la enfermedad en niñas prepuberales (119), incluso desde los 9 años de edad. En tres casos los cambios cíclicos continuaron tras la menarquia, con una duración del ciclo casi idéntica a la de los ciclos premenstruales. Este fenómeno parece indicar la existencia de «un ciclo menstrual antes de la menstruación», lo que hace que parezcan menos improbables los casos publicados de psicosis menstrual prepuberal.

La otra enfermedad médica asociada a la menstruación es la hipersomnia menstrual, que muestra un paralelismo sorprendente con la psicosis menstrual. En efecto, la primera paciente descrita por Pomme en 1765 (120) parecía presentar un trastorno bipolar con somnolencia premenstrual y nerviosismo menstrual. Entre los 19 casos publicados en la bibliografía mundial (120-134) hay tres con inicio prepuberal (124, 126, 132). La importancia de este trastorno paralelo radica en el hecho de que hay pocas dudas acerca de su origen diencefálico, de manera que quizá ésta es también una psicosis menstrual, mientras que las otras psicosis están relacionadas con el proceso de la fertilidad femenina.

Psicosis durante la amenorrea

Hay varios casos de psicosis menstruales que se mantienen en situaciones en las que no se inicia la menstruación. A continuación, el caso de Guiraud y cols. (135):

Una muchacha de 18 años de edad mostraba siempre un ligero nerviosismo durante los días anteriores a la menstruación. El 22 de septiembre inició una menstruación escasa que sólo tuvo una duración de 1 día, y la paciente presentó un episodio de excitación y agitación motora. Se recuperó 20 días después pero volvió a presentar recidiva el 22 de octubre. Éste era el día en el que se debía iniciar la siguiente menstruación, pero ésta no apareció hasta mayo del año siguiente. Durante este período de 7 meses de amenorrea, la paciente sufrió seis episodios más con una duración de 6 a 13 días, cuyo comienzo tuvo lugar el 21 de noviembre, el 19 de diciembre, el 23 de enero, el 18 de febrero, el 18 de marzo y el 14 de abril.

En este ejemplo, la psicosis manifiesta sólo tuvo lugar durante un período de amenorrea; y se han publicado otros casos similares (11, 71, 78, 136). En algunos casos, los episodios de amenorrea aparecieron al poco tiempo de la menarquia (12, 113, 137-140), y quizá estos casos están relacionados con el grupo prepuberal ya comentado. Hay un buen número de otros casos publicados (12, 18, 43, 47, 49, 91-94, 108, 141). En los cuadros de hipersomnia menstrual, los síntomas aparecieron o continuaron durante la amenorrea en 2 pacientes (121, 134).

Inicio tras el parto

Este cuadro fue descrito en 1822 por Pritchard (142). Hay tres casos confirmados (143-145). A continuación, un ejemplo:

La paciente sufrió una psicosis puerperal, de la que se recuperó. Posteriormente, presentó 12 recidivas, de las que hubo un registro cronológico preciso. Las cuatro primeras tuvieron lugar los días 3, 9, 3 y 5 antes del inicio de la menstruación, y las siete siguientes 10-21 días antes de la menstruación. El intervalo completo, desde los 3 a los 21 días (18 días) representó el 60 % del ciclo menstrual. Con un ciclo menstrual de 30 días de duración media, la probabilidad de que esta secuencia de momentos de inicio fuera debida únicamente al azar es de 0,006. Es interesante el hecho de que las recidivas, que comenzaron antes de la menstruación, llegaron hasta la mitad del ciclo (144).

Se han descrito 15 pacientes con tres o más recidivas menstruales o premenstruales (43, 48, 78, 106, 143-152). Hay muchas otras pacientes descritas con sólo una o dos recidivas (11, 12, 14, 44, 81, 87, 88, 92, 93, 103, 153-166). El número total de casos publicados es de aproximadamente 50. La psicosis menstrual puede comenzar en el puerperio, en mujeres sin antecedentes de psicosis puerperal (48, 88, 93). El inicio de la psicosis menstrual también se ha descrito tras un aborto espontáneo (167) y tras el fin de la lactancia (154).

Además de los casos publicados de inicio puerperal de la psicosis menstrual, hay al menos otros 20 casos de mujeres con psicosis menstrual y puerperal durante diferentes épocas de sus vidas (4, 12, 27, 33, 78, 84, 87, 108, 122, 134, 168-177). Estas situaciones implican la asociación de una psicosis infrecuente con una enfermedad que afecta únicamente a una de cada 1.000 mujeres que acaban de dar a luz.

Menopausia

Si la psicosis menstrual se asocia al comienzo de la menstruación o al retorno de la menstruación tras el período de posparto, es esperable que aparezca a medida que el eje hipofisario-ovárico comienza a flaquear, hacia el quinto decenio de la vida. En la revisión de la bibliografía no parece haber un incremento en la frecuencia durante esta época de la vida. No obstante, se han descrito casos que *comenzaron* después de la menopausia (9, 10, 178), así como un caso que se inició tras una ovariectomía parcial (179).

CARACTERÍSTICAS DE LA ENFERMEDAD

Frecuencia

La psicosis menstrual es infrecuente pero, dada la ignorancia generalizada con respecto a este trastorno, muchos casos son pasados por alto y, quizás, la incidencia observada sea sólo la punta del iceberg. Personalmente, he atendido al menos ocho casos posibles en mi práctica clínica durante los 10 últimos años. En el único estudio realizado sobre ingresos hospitalarios se detectó un caso en 1.000 hospitalizaciones en el Charité Hospital de Berlín (88). En las mujeres afectadas, sólo aparece psicosis en una pequeña proporción de los aproximadamente 400 períodos menstruales que presenta una mujer a lo largo de su vida. Los casos publicados de pacientes de Japón, Irak (56), India (46), Vietnam (174) y Yemen (60), demuestran la distribución mundial del trastorno.

Se han publicado varias encuestas respecto a este proceso. En Alemania, Schröter (86) realizó un estudio sobre 184 mujeres hospitalizadas en edad fértil y mencionó brevemente a 4 pacientes con depresión que «presentaron un cambio de síntomas

con el mismo ritmo que el ciclo menstrual, pero en ausencia de menstruación»; 3 de estas pacientes desarrollaron cuadros maníacos, y una sufrió una psicosis menstrual. Ésta fue una encuesta de carácter global, en la que los casos individuales sólo se describieron brevemente. Algeri (180) efectuó una encuesta a 314 mujeres en edad fértil en el Frenocomio di Reggio-Emilia, entre 1880 y 1882; identificó a 28 pacientes con *pazzia periodica* y describió dos casos ilustrativos. Nacke (181) entrevistó a 99 mujeres de 25 a 52 años de edad hospitalizadas por psicosis crónica y observó dos casos de manía periódica relacionada con la menstruación. Burckhart (94) evaluó a 48 mujeres con cuadros maníaco-depresivos y a 55 con psicosis «atípicas» (es decir, cíclicas o polimorfos agudas): sólo 9/70 de las que estaban enfermas en ese momento presentaban cuadros de inicio menstrual; en cambio, una proporción mayor (15/34) de las mujeres que en ese momento estaban sin enfermedad habían presentado cuadros de inicio menstrual; 11 de estas 15 pacientes sufrían una psicosis atípica. Éste es el tipo de investigación que se requiere, aunque los criterios aplicados en este estudio fueron demasiado laxos. En otro estudio realizado en Alemania por Mall (182) se observó un número considerable de cuadros de psicosis recidivante periódica con una relación manifiesta con el ciclo menstrual. En Japón, Wakao (183) estudió a mujeres con psicosis benigna aguda con evolución episódica y estupor, confusión y onirismo. Este estudio se continuó con una serie de publicaciones realizadas en la universidad Mie (100, 106, 184). El número total de pacientes fue de 219. Una proporción sorprendentemente elevada de estas pacientes había presentado su primer episodio en la segunda mitad del ciclo menstrual (98/110, excluyendo los casos posparto). Diamond y cols. (185) efectuaron una encuesta sobre síntomas premenstruales a mujeres tratadas con litio: de 31 pacientes que todavía presentaban la menstruación, 7 padecían hipomanía premenstrual y 3 sufrían hipomanía menstrual; no obstante, se observaron proporciones similares en el grupo de control (mujeres sanas y trabajadoras sociales). Recientemente, Abe y Ohta (186) estudiaron 11 casos de psicosis breve recurrente en adolescentes: 2/6 con una menstruación regular padecían episodios relacionados con la menstruación. En Estados Unidos, Price y DiMarzio (187) compararon los síntomas premenstruales en 25 pacientes con trastorno afectivo con ciclos rápidos, con la observada en 25 controles: se detectaron síntomas premenstruales intensos en 15 pacientes y en 5 controles.

Nosología

La psicosis menstrual *no* es una «entidad patológica específica». Los argumentos respecto a su situación nosológica reflejan la disputa constante respecto a la psicosis puerperal (188). El hecho más contundente contra su especificidad es el hecho de que los ejemplos más característicos han presentado un trastorno bipolar no menstrual en otras épocas de su vida; por ejemplo, en el estudio de Mendel (105) La psicosis clásica se transformó en una enfermedad continua de carácter caótico. Hay varias indicaciones de que las psicosis menstruales y puerperales están relacionadas. Las manifestaciones clínicas son similares: manía, estupor, catatonía, depresión esquizoafectiva y episodios cicloides. Algunas pacientes con psicosis puerperal muestran recidiva en la fase premenstrual. Hay una proporción importante de mujeres que sufren ambos tipos de psicosis en momentos diferentes de sus vidas. Dadas las abundantes pruebas de que la psicosis puerperal pertenece al grupo maníaco-depresivo (bipolar) (188), la psicosis menstrual también se podría incluir en este grupo. Al igual que la psicosis puerperal, la psicosis menstrual ofrece la oportunidad de investigar los factores desencadenantes de los episodios maníaco-depresivos y ciclo-

des en las mujeres susceptibles. También se han observado asociaciones con las psicosis iniciadas tras la lactancia (131, 189), un aborto (12, 47) o una cirugía (29, 159).

Aspectos genéticos

No se han realizado estudios genéticos formales, aunque sí se han publicado casos aislados en los que se menciona la existencia de familiares en primer grado con psicosis menstrual (6, 29, 36, 40, 59, 86, 136, 190) o con otros tipos de psicosis relacionadas con el sistema reproductor femenino (12, 14, 141, 152). Estas publicaciones esporádicas indican la conveniencia de realizar un estudio genético molecular prospectivo internacional.

Estudios hormonales

La psicosis menstrual puede estar relacionada con el eje hipofisario-ovárico, aunque son pocos los estudios hormonales realizados al respecto.

Aparte de un caso publicado con extraordinario detalle por Cookson (47), sólo los investigadores japoneses han efectuado una investigación sistemática. En el estudio más detallado, Kitayama y cols. (106) evaluaron en un grupo de 20 pacientes las concentraciones de hormona liberadora de tirotropina y de hormona luteotropa, la supresión mediante dexametasona, la tolerancia a la insulina, los ritmos circadianos del cortisol y la respuesta de la hormona de crecimiento frente a la hipoglucemia. Los estudios realizados en Japón (49, 50, 106, 184, 191, 192) demuestran la existencia de una asociación con los ciclos anovulatorios; dicha asociación fue establecida en 44/60 casos estudiados por el grupo de Mie. Esta relación sería congruente con la concentración de casos al poco tiempo de la menarquia y tras el parto.

TRATAMIENTO

Respecto al tratamiento, se pueden considerar tres grandes grupos: hormonas, agentes supresores del proceso menstrual y un grupo misceláneo.

En numerosas publicaciones se han señalado los efectos beneficiosos de la progesterona (38, 44, 49, 51, 96, 103, 191, 193-196). Sin embargo, algunas pacientes no respondieron a esta hormona (143, 148, 190). En algunos casos, las pacientes han presentado respuesta a los estrógenos (49, 78, 174) o a la testosterona (144). En otros se han obtenido buenos resultados con combinaciones de hormonas esteroides y anticonceptivos orales (16, 48, 194), o bien con la combinación de testosterona más progesterona (40). Las hormonas tiroideas también han sido curativas (106, 148). La paciente estudiada por Horwitz and Harris (197) presentó recidiva tras la interrupción de la administración de hormona tiroidea. No se han realizado ensayos clínicos con asignación aleatoria y control doble ciego.

Un dato que indica que la supresión de la menstruación podría resolver el problema procede de las afirmaciones de que el embarazo es útil (10, 12, 14, 21, 24, 27, 65, 111, 136, 198-200). La menopausia también ha desencadenado cuadros recurrentes o crónicos en algunos casos (19, 86, 197, 201, 202). Evans (72) describió una paciente que se curó tras la ovariectomía. En otros casos no se ha observado mejoría con la menopausia, por ejemplo, los casos 10 y 11 de v. Krafft-Ebing (11); mientras que en el caso de Kirn (87) hubo un empeoramiento tras la menopausia. En las épocas anteriores a los tratamientos hormonales se aplicaron en ocasiones tratamientos de castración o de inducción artificial de la menopausia (10, 12, 30, 135, 203, 204). En efecto,

estos tratamientos estuvieron de moda en Estados Unidos a finales del siglo XIX. En los casos estudiados por Krömer (89), Ewald (81, 82) y Bondarew (190), los intentos de castración no permitieron eliminar los síntomas. En un estudio se demostró la utilidad del danazol, un fármaco que (entre otros efectos) inhibe las gonadotropinas e interrumpe el proceso menstrual (151). El descubrimiento de las hormonas de liberación introdujo una nueva gama de fármacos supresores de la menstruación: las gonadorelinas. Estos medicamentos se han utilizado en muchas enfermedades médicas relacionadas con la menstruación y personalmente los uso para inducir la remisión en los casos de psicosis menstrual.

La administración de clomifeno, que estimula la menstruación normal, es un tratamiento racional en las mujeres con ciclos anovulatorios. Se ha utilizado en Japón (49, 106, 184, 192); Cookson (47) lo aplicó en una paciente que presentó una psicosis postaborto. También se han obtenido resultados positivos con fenitoína (97) y con acetazolamida (53).

Un aspecto muy importante es que, en este trastorno, el estrecho margen de fármacos psicotrópicos se amplía considerablemente mediante tratamientos no convencionales, que se pueden utilizar de manera alternativa. Dado que es una enfermedad recurrente, son adecuados los estudios prospectivos y a largo plazo de casos únicos.

CONCLUSIONES

La psicosis menstrual es una enfermedad olvidada: actualmente, se la tiene menos en cuenta que en épocas anteriores. Hasta cierto punto, la razón es un saludable escepticismo por parte de los psiquiatras. Es importante mostrar escepticismo respecto a las posibles asociaciones con la menstruación, dado que las mujeres pasan el 40 % de su vida fértil en fase premenstrual o menstrual. Sin embargo, este escepticismo contrasta con la credulidad de los médicos. Se ha demostrado que, entre los cientos de enfermedades médicas relacionadas con la menstruación, sólo dos —la porfiria (205) y la hipersomnia (131)— presentan los ritmos cronológicos necesarios para realizar las pruebas estadísticas, por lo que estas enfermedades pueden compararse con los 27 casos compilados en este artículo, que cumplen criterios estrictos. Los médicos pueden aprovechar las determinaciones bioquímicas y fisiológicas (porfirinas, flujo respiratorio máximo y electroencefalograma), que tienen un grado de sensibilidad mayor que los síntomas.

La bibliografía mundial relativa a la psicosis menstrual está constituida principalmente por publicaciones de casos aislados. Éstos presentan una distribución temporal y geográfica distorsionada, y muchos de los casos fueron publicados antes de la Primera Guerra Mundial. Esta heterogeneidad ha sido debida a barreras culturales y lingüísticas, así como a modas nosológicas. La mayor parte de la bibliografía procede de Francia, Alemania o Japón. Muchas «piedras preciosas» de la observación clínica han desaparecido del canon del conocimiento actual. Algunos de los primeros casos publicados adolecían de diversos problemas, como ausencia del escepticismo necesario y de un registro cronológico adecuado. No se realizaron estudios de seguimiento a largo plazo, evaluando la evolución del trastorno y determinando el efecto del parto y la menopausia. Sin embargo, debemos agradecer la meticulosa contribución de los autores de lengua alemana, que aportan más de la mitad de los casos bien establecidos. Espero que esta revisión de los 27 casos confirmados y de los 200 casos posibles facilite la reentrada de este trastorno en el discurso de la psiquiatría moderna. El valor de esta bibliografía antigua no es el de «entretejer la mente con el recuerdo de escritos antiguos» (206) sino el de refinar el objetivo de los estudios neurocientíficos.

El concepto de «medicina basada en la evidencia» es el dogma actual. Sin embargo, su objetivo prioritario es la eficacia de los tratamientos. Los profesionales también necesitamos criterios para establecer la validez de nuestros conceptos nosológicos. La psicosis menstrual ilustra la búsqueda de esta forma de validación. Los datos existentes proceden principalmente del estudio de casos aislados, pero hay que tener en cuenta que la identificación de las enfermedades siempre ha comenzado con la observación clínica. Ésta permite establecer definiciones provisionales, determinar la gravedad, conocer los aspectos epidemiológicos y realizar ensayos clínicos terapéuticos y etiológicos. En la fase actual, puede afirmarse que la psicosis menstrual es un fenómeno mórbido relacionado con el trastorno bipolar y, quizás, con el grupo cicloide (polimorfo agudo). Todos los psiquiatras clínicos deben conocer este trastorno, debido a que el tratamiento puede ser muy útil. En los contextos universitarios y académicos, la psicosis menstrual es realmente una hipótesis de tipo heurístico. Es necesario seguir las pistas etiológicas, incluyendo los datos obtenidos en Japón respecto a los ciclos anovulatorios (lo que quizá sugiere el efecto de una estimulación estrogénica no contrarrestada) y los casos prepuberales (que sugieren una etiología por encima del nivel del eje hipofisario-ovárico).

Agradecimientos

Los autores agradecen al Dr. Haque la sugerencia de la prueba estadística paramétrica. El Dr. Lanczik y los bibliotecarios de muchos países han ofrecido una ayuda generosa para la localización de los estudios publicados. Organon aportó 500 libras para la búsqueda de la bibliografía, y Wellcome Trust ofreció 6.000 libras para la realización de un estudio paralelo relativo a la psicosis puerperal, cuya bibliografía coincide con la de la psicosis menstrual. En un seminario realizado en Birmingham en 1999, y en el que participaron los Dres. Deuchar, Jones, Kapfhammer, Lanczik, Okano, Rees y Stein, y los profesores Riecher-Rössler y Costa, se aclararon muchas de las ideas recogidas en este artículo. Este seminario fue financiado por la Charity Women's Mental Health (presidente, Sr. Voisey).

World Psychiatry 2005; 3: 9-18

Bibliografía

- Desmilleville. Observation adressée à M. Vandermonde, sur une fille que l'on croyoit possédée. *J Méd Chir* 1759;10:408-15.
- Pyl. Repertorium der Medicinischen Litteratur (Zurich) 1791; 7:236.
- Fodéré FE. Traité du délire appliqué à la médecine, à la morale et à la législation, Vol. 2. Paris: Crapelet, 1817.
- Hitzig JE. Mord in einem durch Eintreten des Monatsflusses herbeigeführten unfreien Zustande. *Hitzig's Ztschr Kriminalrechtspflege* 1827;6:237-330.
- Amard T. Traité analytique de la folie. 1807.
- Brière de Boismont A. De la menstruation considérée dans les rapports physiologiques et psychologiques. Paris: Baillière, 1842.
- Brière de Boismont A. Recherches bibliographiques et cliniques sur la folie puerpérale, précédées d'un aperçu sur les rapports de la menstruation et de l'aliénation mentale. *Ann Méd-Psychol* 1851;3:574-610.
- Schlager L. Die Bedeutung des Menstrualprocesses und seiner Anomalien für die Entwicklung und den Verlauf der Psychischen Störungen. *Ztschr Psychiatrie* 1858;15:459-98.
- Berthier P. Les névroses menstruelles ou la menstruation dans ses rapports avec les maladies nerveuses et mentales. Paris, 1874.
- Icard S. Contribution à l'étude de l'état psychique de la femme pendant la période menstruelle, considéré plus spécialement dans ses rapports avec le morale et la médecine légale. Thèse, Paris, 1889.
- Krafft-Ebing R. Untersuchungen über Irresein zur Zeit der Menstruation. *Arch Psychiatrie* 1878;8:65-107.
- Krafft-Ebing R. Psychosis Menstrualis. Eine klinisch-forensische Studie. Stuttgart: Enke, 1902.
- Jolly P. Menstruation und Psychosen. *Arch Psychiatrie Nervenkr* 1914;55:637-86.
- Powers EF. Beitrag zur Kenntniss der Menstrualen Psychosen. Thesis, Zürich, 1883.
- Maeda M. Endocrinological studies on the female periodic psychoses. *Psychiat Neurol Jap* 1960;62:35-56.
- Glick ID, Stewart D. A new drug treatment for premenstrual exacerbation of schizophrenia. *Compr Psychiatry* 1980;21:281-7.
- Yamashita I. Periodic psychosis of adolescence. Hokkaido University Press, 1993.
- Knaus H. Menstruelle Zyclus und Psychosen. *Schweiz Arch Neurol Psychiatrie* 1949;64:262-80.
- Esquirol JED. Maladies mentales. Paris, 1819.
- Barbier MV. De l'influence de la menstruation sur les maladies mentales. Thèse, Paris, 1847.
- Marcé LV. De la grossesse et de l'accouchement sur la guérison de l'aliénation mentale. *Ann Méd-Psychol* 1857;3:337-9.
- Brochin (1857). Cited by Berthier (ref. 9).
- Rubra de Salafa GE. Auto-intoxications et psychoses menstruelles. Thèse, Bordeaux, 1905.
- Mayer L. Menstruation im zusammenhange mit psychischen Störungen. *Beitr Geburt Gynäk* 1872;1:111-35.
- Winge P. Beziehungen zwischen Menstruation und Geisteskrankheit. *Norsk Mag Lagevid* 1873;6:99-102.
- Goodell W. Clinical notes on the extirpation of the ovaries for insanity. *Am J Insanity* 1882;294-302.
- LeGrande du Saulle H. Les hystériques. Paris: Baillière, 1883.
- Epstein L. A menstrualis elmezavarrol. *Pest Méd-Chir Presse* 1896;33:744-50;768-72;803-10;829-35.
- Hitzig E. Über die nosologische Auggassung und über die Therapie der periodischen Geistesstorungen. *Berlin klin Wschr* 1898;35:34-6;52-6.
- Hegar A. Zur Frage der sogenannten Menstrualpsychosen. Ein Beitrag zur Lehre der physiologischen Wellenbewegungen beim Weibe. *Allg Ztschr Psychiatrie Psych-gerichtl Med* 1901;58:357-89.
- Alaize P. Le rôle de la fonction interne de l'ovaire et les essais d'opothérapie ovarienne en pathologie nerveuse et mentale. Thèse, Montpellier, 1903.
- Wernicke C. Grundriss der Psychiatrie in klinischen Vorlesungen. Leipzig: Thieme, 1906.
- Burger A. Beiträge zur Kasuistik des sogenannten menstruellen Irreseins. Inaugural dissertation, Bonn, 1909.
- Poetzl O, Hess L. Zur Pathologie der Menstrualpsychosen. *Jahrb Psychiatrie Neurol* 1915;35:323-87.
- Schneider E. Zur Therapie der 'Menstrualpsychosen'. *Allg Ztschr Psychiatrie Psych-gerichtl Med* 1925;81:368-73.
- Hoff H, Shaby JA. Two cases of menstrual psychosis: aetiology and therapy. *Monatschr Psychiatrie Neurol* 1940;102:58-63.
- Kluge E. Über die Entwicklung puerperaler u klimakterischer Geistesstörungen. *Allg Ztschr Psychiatrie* 1942;120:246-80.
- Gayral L, Fénier Y. Confusion mentale onirique grave prémenstruelle par hyperfollicullinie. *Ann Méd-Psychol* 1951;109:126-7.
- Williams EY, Weeks LR. Premenstrual tension associated with psychotic episodes. *J Nerv Ment Dis* 1952;116:321-9.

40. Krasowska J. Les syndromes psychotiques de la tension pré-menstruelle à l'âge de la puberté. *Ann Méd-Psychol* 1960;118: 849-76.
41. Wenzel U. Periodische Undämmerungen in der Pubertät. *Arch Psychiatrie Ztschr ges Neurol* 1960;201:133-50.
42. Bruce J, Russell GFM. Premenstrual tension. A study of weight changes and balances of water, sodium, and potassium. *Lancet* 1962;ii:267-71.
43. Hatotani N, Ishida C, Yura R et al. Psychophysiological study of atypical psychoses - endocrinological aspects of periodic psychoses. *Folia Psychiat Neurol Jap* 1962;16:248-92.
44. Tucker WI. Progesterone treatment in postpartum schizo-affective reactions. *J Neuropsychiatry* 1962;3:150-3.
45. Yamashita I, Nakazawa A, Shinohara S et al. Joshi seishin byosha no sei shuki ni tomonau henka ni tsuite (Changes in psychiatric state in connection with menstrual cycle of female mental patients). *Clin Psychiat* 1962;4:27-32;41-7.
46. Verghese A. The syndrome of premenstrual psychosis. *Ind J Psychiatry* 1963;5:160-3.
47. Cookson BA, Quarrington B, Huszka L. Longitudinal study of periodic catatonia: longterm clinical and biochemical study of a woman with periodic catatonia. *J Psychiatr Res* 1967;5:15-38.
48. Leone BN, Beluffi M. Psicosi premenstruali periodiche e farmaci contraccettivi. *Minerva Med* 1968;59:3939-48.
49. Yui K, Ishiguro T. The psychosomatic investigation and treatment of periodic psychosis of puberty. Presented at the 4th Congress of the International College of Psychosomatic Medicine, Kyoto, 1977.
50. Endo M, Daiguji M, Asano Y et al. Periodic psychosis recurring in association with menstrual cycle. *J Clin Psychiatry* 1978;39: 456-66.
51. Berlin FS, Bergey GK, Money J. Periodic psychosis of puberty: a case report. *Am J Psychiatry* 1982;139:119-20.
52. Okayama T. A case of premenstrual tension syndrome associated with psychotic episodes. *Seishin Shinkeigaku Zasshi* 1982;84: 939-46.
53. Inoue H, Hazama H, Hamazoe K et al. Antipsychotic and prophylactic effects of acetazolamide (diamox) on atypical psychosis. *Folia Psychiat Neurol Jap* 1984;38:425-36.
54. Ghadirian AM, Kamaraju LS. Premenstrual mood changes in affective disorders. *Can Med Assoc J* 1977;136:1027-32.
55. Neumärker KJ. Über das Auftreten der Motilitätspsychosen (zykloide Psychosen) im Kindesalter. *Ztschr Kinder u Jugendpsychiatrie* 1987;15:57-67.
56. Leetz KL, Rodenhauser P, Wheelock J. Medroxyprogesterone in the treatment of periodic menstrual psychosis. *J Clin Psychiatry* 1988;49:372-3.
57. Labbate LA, Shearer G, Waldrep DA. A case of recurrent premenstrual psychosis. *Am J Psychiatry* 1991;148:147.
58. Martinus J. Periodic psychosis in adolescence. *Ztschr Kinder u Jugendpsychiatrie* 1992;20:121-5.
59. Severino S, Yonkers KA. A literature review of psychotic symptoms associated with the premenstruum. *Psychosomatics* 1993; 34:299-306.
60. Stein D, Hanokuglu A, Blank S et al. Cyclic psychosis associated with the menstrual cycle. *Br J Psychiatry* 1993;163:824-8.
61. D'Mello DA, Pinheiro AL, Laliniec-Michaud M. Premenstrual mania: two case reports. *Am J Psychiatry* 1994;151:330-1.
62. Korhonen S, Saarijärvi S, Aito M. Successful estradiol treatment of psychotic symptoms in the premenstrual phase: a case report. *Acta Psychiatr Scand* 1995;92:237-8.
63. Mariani G, Sabatini R. Su di un caso di psicosi mensile. *Riv Pat Nerv Ment* 1951;72:606-7.
64. Felthous AR, Robinson DB, Conway RW. Prevention of recurrent menstrual psychosis by oral contraceptive. *Am J Psychiatry* 1980;137:245-6.
65. Guislain J. *Leçons sur les phrénopathies*. Paris, 1852.
66. Liégey de Rambervilliers. Un cas dans lequel l'exaltation morbide mentale se manifeste dans l'état de menstruation et dans l'état de grossesse. *Courrier Méd* 1868;18:332.
67. Krieger E. *Die Menstruation: eine gynäkologische Studie*. Berlin: Hirschwald, 1869.
68. Lunier. Des vols aux étalages. *Ann Méd-Psychol* 1880;4:211-3.
69. Rousseau d'Auxerre. Contribution à l'étude de la monomanie incendiaire. *Ann Méd-Psychol* 1881;39:384-99.
70. Cabadé E. Accès répétés de manie aigue pendant les périodes menstruelles. *Encéphale* 1883;3:572-6.
71. Matusch. Der Einfluss des Climacterums auf Entstehung und Form der Geistesstörungen. *Ztschr Psychiatrie* 1890;46:373-437.
72. Evans BD. Periodic insanity, in which the exciting cause appears to be the menstrual function - report of a typical case. *Med News* 1893;62:538-40.
73. Trénel de Saint-Yon. Délires menstruels périodiques. *Ann Gyn Obstét* 1898;49:224-42.
74. Viallon de Bron. Contribution à la pathogénie des troubles psychiques et convulsivants provoqués ou exagérés par la menstruation. *Ann Gyn Obstét* 1902;57:85-102.
75. Soubourou PHR. De la psychologie des voleuses dans les grands magasins. Thèse, Bordeaux, 1904.
76. Cimbal. Ueber Menstruation und Geistesstorungen. *Münch Med Wchr* 1905;52:28.
77. König H. Zur klinik des menstruellen Irreseins. *Berlin Klin Wschr* 1912;49:1645-9.
78. Ota Y, Mukai T, Gotoda K. Studies on the relationship between psychotic symptoms and the sexual cycle. *Folia Psychiat Neurol Jap* 1954;8:207-17.
79. Altschule MD, Brem J. Periodic psychosis of puberty. *Am J Psychiatry* 1963;119:1176-8.
80. Spaulding JG, Cavenar JO. Psychoses following therapeutic abortion. *Am J Psychiatry* 1978;135:364-5.
81. Ewald G. Bestrahlungsergebnis bei einer menstruell rezidierenden Psychose. *Monatschr Psychiatrie Neurol* 1922;52:6-21.
82. Ewald G. Fraktionierte Kastration mittels Röntgenstrahlen und Operation bei einer menstruell rezidivierenden Psychose. *Münch Med Wschr* 1924;71:336-8.
83. Weiss J. Die psychische Epilepsie. In: *Psychiatrische Studien aus der Klinik des Prof. Leidesdorf*. Wien: Braunmüller, 1877:17-32.
84. Deuchar N, Brockington IF. Puerperal and menstrual psychoses: the proposal of a unitary hypothesis. *J Psychosom Obst Gyn* 1998;19:104-10.
85. Delasiauve. Folie occasionnée par la menstruation. *J Méd Ment* 1864;4:241-8.
86. Schröter R. Die Menstruation in ihrer Beziehungen zu den Psychosen. *Allg Ztschr Psychiatrie* 1875;31:234-50.
87. Kirn L. *Die periodische Psychosen*. Stuttgart, 1878.
88. Bartel M. Ein Beitrag zur Lehre von menstruellen Irreseins. Inaugural dissertation, Berlin, 1888.
89. Krömer. Beitrag zur Castrationsfrage. *Ztschr Psychiatrie* 1896; 52:1-74.
90. Clinique de M. Ball. La folie menstruelle. *J Méd Chir Prat* 1890; 61:253-5.
91. Hauptmann A. Menstruation und Psyche. *Arch Psychiatrie Nerven* 1924;71:1-54.
92. Prengowski P. Zur Frage der sogenannten Menstrualpsychosen. *Psychiat-neurol Wschr* 1927;27:571-7.
93. Staabs G. Einfluss der Menses auf Psyche und Soma bei Geistesgesunden und Kranken. *Psychiat-neurol Wschr* 1939;39:387-94; 401-4.
94. Burckhart T. Die Beziehungen zwischen Menstruation u Menstruationsstörungen und manischen, melancholischen sowie verwandten Psychosen. *Psychiat-Neurol Wschr* 1941;43:23-8; 35-8;46-9.
95. Bleuler E. *Lehrbuch der Psychiatrie*, 8th ed. Stuttgart: Thieme, 1949.

96. Teja JS. Periodic psychosis of puberty. *J Nerv Ment Dis* 1976;162:52-7.
97. Kramer MS. Menstrual epileptoid psychosis in an adolescent girl. *Am J Dis Child* 1977;131:316-7.
98. Sothern RB, Slover GPT, Morris RW. Circannual and menstrual rhythm characteristics in manic episodes and body temperature. *Biol Psychiatry* 1993;33:194-203.
99. Wollenberg R. Drei Fälle von periodisch auftretender Geistesstörung. *Charité-Ann* 1891;16:427-76.
100. Nomura J, Hatotani N, Yamaguchi T et al. Endocrine studies on recurrent type of schizophrenia psychoses. In: Namba M, Kaiya H (eds). *Psychobiology of schizophrenia*. Oxford: Pergamon, 1982:303-8.
101. Hutter A. Ovulation-psychosis. *Ned Tidschr v Geneesk* 1933;77:2924-30.
102. Baruk H. De quelques psychoses endocriniennes. Folliculine et troubles mentaux. *Progr Méd* 1938;44:1753-4.
103. Justin-Besançon L, Klotz HP, Courchet JL. Accès mélancoliques rythmés par les règles. Remarques pathogéniques et thérapeutiques. *Bull Mem Soc Méd Hop Paris* 1947;63:823-6.
104. Geiringer E. Mittelwahn. *J Obst Gyn Br Emp* 1951;58:1010-8.
105. Mendel. Die Manie, 1881.
106. Kitayama I, Yamaguchi T, Harada M et al. Periodic psychoses and hypothalamo-pituitary function. *Mie Med J* 1984;34:127-38.
107. Gerada C, Reveley A. Schizophreniform psychosis associated with the menstrual cycle. *Br J Psychiatry* 1988;152:700-2.
108. Häffner R. Beziehungen zwischen Menstruation und Nerven- und Geisteskrankheiten auf Grund der Literatur und klinischer Studien. *Ztschr ges Neurol Psychiatrie* 1912;9:154-223.
109. Yamashita I, Shinohara S, Nakazawa A et al. Endocrinological study of atypical psychosis. *Clin Psychiatry* 1961;3:1029-37.
110. Matsunaga H, Sarai M, Taniguchi N et al. Gonadal function in young female affective illness associated with the menstrual cycle – in relation to the polycystic ovary syndrome. *Seishin Shinkeigaku Zasshi* 1992;94:738-58.
111. Hippocrates. In: Littré E (ed). *Oeuvres Complètes d'Hippocrate*, Vol. 8. Paris: Baillière, 1853.
112. Van Holbeck. De la folie subite passagère au point de vue médico-légale. *Bull Acad Belg* 1869;186:1015-22.
113. Friedmann M. Über die primordiale menstruelle Psychose (die menstruale Entwicklungspsychose). *Münch Med Wschr* 1894;41:4-7;27-31;50-3;69-71.
114. Mucha H. Ein Fall von Katatonie im Anschluss an die erste Menstruation. *Neurolog Centralbl* 1902;21:937-8.
115. Wolter R. Zur Lehre von den menstrualen Psychosen. Inaugural dissertation, Kiel, 1910.
116. Werner C. Die Paranoia. Stuttgart: Enke, 1891.
117. Belhomme. Recherches sur la localisation de la folie. Paris, 1848.
118. Spurkland I, Vandvik IH. Rapid cycling depression in adolescence: a case treated with family therapy and carbamazepine. *Acta Psychiatr Scand* 1989;80:60-3.
119. Brown KG, Darby CW, Ng SH. Cyclical disturbance of diabetic control in girls before the menarche. *Arch Dis Child* 1991;66:1279-81.
120. Pomme. *Traité des affections vaporeuses des deux sexes*, 2nd ed. Lyon, 1785.
121. Villartay de Vitry. Aménorrhée. Sommeil de soixante-douze heures remplaçant les règles. *J Méd Chir Prat* 1850;21:76-8.
122. Fischer F. Epileptoid Schlafzustände. *Arch Psychiatrie* 1878;8:200-2.
123. Ballet G. Contribution à l'étude du sommeil pathologique. *Revue de Médecine* 1882;2:945-57.
124. Möller F. Beitrag zur Lehre von dem im Kindesalter entstehenden Irresein. *Arch Psychiatrie* 1883;13:204-15.
125. Kahler H. Zur Kenntnis der Narcolepsie. *Jahrb Psychiatrie* 1921;41:1-17.
126. Kleine W. Periodische Schlafsucht. *Monatschr Psychiatrie* 1925;57:285-320.
127. Lhermitte J, Kyriaco N. Hypersomnie périodique régulièrement rythmée par les règles dans un cas de tumeur basilaire du cerveau. *Rev Neurol* 1929;36:715-21.
128. Kaplinski MJ, Schulmann ED. Über die periodische Schlafsucht. *Acta Med Scand* 1935;85:107-28.
129. Lhermitte J, Dubois E. Crises d'hypersomnie prolongée par les règles chez une jeune fille. *Rev Neurol* 1941;73:608-9.
130. Gran D, Begemann H. Neue Beobachtungen bei einem Fall von Klein-Levin-Syndrom. *Münch Med Wschr* 1973;115:1098-102.
131. Billiard M, Guilleminault C, Dement WC. A menstruation-linked periodic hypersomnia: Kleine-Levin syndrome or a new clinical entity? *Neurology* 1975;25:436-43.
132. Papy JJ, Conte-Devolx B, Sormani J et al. Syndrome d'hypersomnie périodique avec mégaphagie chez une jeune femme, rythmé par le cycle menstruel. *Rev EEG Neurophysiol* 1982;12:54-61.
133. Sachs C, Persson H E, Hagenfeldt K. Menstruation-related periodic hypersomnia: a case study with successful treatment. *Neurology* 1982;32:1376-9.
134. Bamford CR. Menstrual-associated sleep disorder: an unusual hypersomniac variant associated with both menstruation and amenorrhoea with a possible link to prolactin and metaclopramide. *Sleep* 1993;16:484-6.
135. Guiraud P, Boitelle G, Rioualt de la Vigne A. Etat maniaque périodique, remplaçant les règles. Action de la progestérone et de la radiothérapie diencephalique. *Ann Méd-Psychol* 1946;104:254-6.
136. Schüle. Über den Einfluss der sogenannten Menstrualwelle auf den Verlauf psychischer Hirnaffektionen. *Allg Ztschr Psychiatrie* 1891;47:1-28.
137. Sauvet JJ. Reflexions sur l'emploi des évacuations sanguines. *Ann Méd-Psychol* 1848;12:157-91.
138. Martini. Zwei Fälle von Menstruationsstörungen und plötzliche Herstellung der Menses durch psychischen Einfluss. *Allg Ztschr Psychiatrie* 1872;28:657-9.
139. Massignan L, Roi G. Turbe periodiche del diencefalo e psicosi mensili. *Giorn Psichiat Neurol* 1948;76:51-61.
140. Lischka E. Motility psychoses in childhood and adolescence? *Acta Paedopsychiat* 1990;53:350-2.
141. Müller H. Ein Beitrag zur Lehre vom menstrualen Irresein. Inaugural dissertation, Greifswald, 1889.
142. Prichard JC. A treatise on diseases of the nervous system: first part, comprising convulsive and maniacal affections. London: Underwood, 1822.
143. Delay J, Corteel A, Boitelle G. Hypoluthéinie relevée par les biopsies cyto-hormonales dans une psychose du post-partum. *Ann Méd-Psychol* 1946;104:183-8.
144. Lingjaerde P, Bredland R. Hyperestrogenic cyclic psychosis. *Acta Psychiatr Neurol* 1954;29:355-64.
145. Brockington IF, Kelly A, Hall P et al. Premenstrual relapse of puerperal psychosis. *J Affect Disord* 1988;14:287-92.
146. LeGrande du Saulle H. Manie hystérique intermittente à la suite de sevrage – accès revenant à chaque époque menstruelle – traitement infructueux par les toniques – guérison par la diète lactée. *Ann Méd-Psychol* 1857;3:225-9.
147. Schmidt HJ. The use of progesterone in the treatment of post-partum psychosis. *JAMA* 1943;121:190-2.
148. Danziger L, Kindwall JA. Treatment of periodic relapsing catatonia. *Dis Nerv Syst* 1954;15:35-43.
149. Pagès P, Coll de Carrera J, Lafon R et al. Psychose puerpérale guérie après 16 mois d'évolution par une thérapeutique endocrinienne après échec de thérapeutiques de chocs. *Montpellier Méd* 1952;41-42:869-71.
150. Dazzi P. Le psicosi puerperali. *Riv Neuropsichiat Sc Aff* 1957;3:1-162.
151. Dennerstein L, Judd F, Davies B. Psychosis and the menstrual cycle. *Med J Austr* 1983;i:524-6.
152. Schenck CH, Mandell M, Lewis GM. A case of monthly unipolar psychotic depression. *Compr Psychiatry* 1992;33:353-6.

153. Scott DH. Puerperal mania, beneficial effects of belladonna. *Dublin Med J* 1838;13:442-6.
154. Marcé LV. Manie hystérique intermittente à la suite de sevrage; accès revenant à chaque époque menstruelle: traitement infructueux par les toniques; guérison par la diète lactée. *Gaz Hôp Paris* 1856;29:526.
155. Mayer CFL. Die Beziehungen der krankhaften Zustände und Vorgänge in den Sexual-Organen des Weibes. Berlin: Hirschwald, 1869.
156. Scott. Reflex puerperal mania and its rational treatment. *J Gyn Soc Boston* 1871;5:222-4.
157. Balduzzi E. La psychose puerpérale. Essai d'interprétation pathogénique. *Encéphale* 1951;40:11-43.
158. Behier. Délire puerpérale - aliénation mentale des femmes enceintes, nouvellement accouchées et nourrices. *Gaz Hop Paris* 1875;48:354.
159. Mairé de Montpellier. Leçons sur la folie postopératoire. La folie de la puberté. *Ann Méd-Psychol* 1889;10:27.
160. Rohe GH. The influence of parturient lesions of the uterus and vagina, in the causation of puerperal insanity. *JAMA* 1892;19:59-60.
161. Steinmann J. Die Verursachung der Wochenbettpsychosen. *Arch Psychiatrie Nerven* 1935;103:552-79.
162. Kraines SH. Treatment of psychiatric states following pregnancy. *Illinois Med J* 1941;80:200-4.
163. Blumberg MA, Billig O. Hormonal influence upon "puerperal psychosis" and neurotic conditions. *Psychiat Quart* 1942;16:454-62.
164. Wallet M. Hyperfolliculinie. Etude clinique, anatomo-pathologique et thérapeutique, Paris: Masson, 1946.
165. Billig O, Bradley JD. Combined shock and corpus luteum hormone therapy. *Am J Psychiatry* 1946;102:783-7.
166. Kane FJ, Keeler MH. The use of Enoval in postpartum mental disorders. *South Med J* 1965;58:1089-92.
167. Abély P. Est-ce que les psychoses gravidiques sont des psychoses puerpérales? *Ann Méd-Psychol* 1956;114:239-46.
168. Wunsch zu Heiligenstadt. Gutachten über eine *mania transitoria* einer Wöchnerin. *Ztschr Staatsarzkn* 1830;10:115-35.
169. Giraud A. Revue de médecine légale. *Ann Méd-Psychol* 1887;45:393-414.
170. Easterbrook CC. An attack of epilepsy (status epilepticus) followed within 6 weeks by an attack of chorea, occurring in a patient suffering from acute puerperal insanity. *J Ment Sci* 1900;46:114-21.
171. Roemer H Jr. Zur Nosologischem und Erbbiologischen Beurteilung der Puerperalpsychosen. *Ztschr ges Neurol Psychiatrie* 1936;155:555-91.
172. Crammer JL. Premenstrual depression, cortisol and oestrogen treatment. *Psychol Med* 1986;16:451-5.
173. Raty-Vohsen D. A propos de psychoses du 'post-partum'. *Acta Psychiatr Belg* 1982;82:596-616.
174. Lovestone S. Periodic psychosis associated with the menstrual cycle and increased blink rate. *Br J Psychiatry* 1992;161:402-4.
175. Lovestone S. Periodic psychosis associated with menstrual cycle and childbirth. *Br J Psychiatry* 1993;162:424-5.
176. Ambelas A. Cyclic psychosis, menstrual cycle and adolescence. *Br J Psychiatry* 1994;163:709.
177. Birmingham MK, Barta A, Solyom L et al. Correlations between mood scores, LH, adrenocortical steroids, and urine volumes in a patient with postpartum depression and monthly psychotic episodes. *Endocrinol Res* 1998;24:595-9.
178. Wilson EA, Christie T. Puerperal insanity. *Br Med J* 1925;ii:797-8.
179. Elpermann H. Casuistischer Beitrag zur Lehre von den Menstrual-Psychosen. Inaugural dissertation, Kiel, 1908.
180. Algeri G. Le frenopatie in rapporto alla mestruazione. *Arch Ital Mal Nerv* 1884;21:321-45.
181. Näcke P. Die Menstruation und ihr Einflüsse bei chronischen Psychosen. *Arch Psychiatrie Nerven* 1896;28:169-89.
182. Mall G. Zur Diagnostik und Therapie periodisch rezidivierender Psychosen. *Confin Neurol* 1958;18:171-9.
183. Wakao T. Endocrinological studies in periodic psychoses. *Mie Med J* 1959;9:351-96.
184. Nomura J, Hatotani N, Yamaguchi T et al. Periodic psychosis as a chronobiological disorder - endocrine studies and treatments. In: Perris C, Struwe G, Jansson B (eds). *Biological Psychiatry*. Amsterdam: Elsevier, 1981:1236-8.
185. Diamond SB, Rubinstein AA, Dunner DL et al. Menstrual problems in women with primary affective illness. *Compr Psychiatry* 1976;17:541-8.
186. Abe K, Ohta M. Recurrent brief episodes with psychotic features in adolescence: periodic psychosis of puberty revisited. *Br J Psychiatry* 1995;167:507-13.
187. Price WA, DiMarzio L. Premenstrual tension syndrome in rapid cycling bipolar affective disorder. *J Clin Psychiatry* 1986;47:415-7.
188. Brockington IF. Motherhood and mental health. Oxford: Oxford University Press, 1996.
189. Susman VL, Katz JL. Weaning and depression: another postpartum complication. *Am J Psychiatry* 1988;145:498-501.
190. Bondarew NI. Behandlung der Menstruellen Psychose mit Röntgenbestrahlung der Eierstöcke. *Ztschr ges Neurol Psychol* 1928;113:770-5.
191. Hatotani N, Nomura J. Neurobiology of periodic psychoses. Tokyo: Igaku-Shoin, 1983.
192. Hatotani N, Nomura J, Yamaguchi T et al. Clinico-endocrinological studies of recurrent types of atypical psychosis. In: Shagass C (ed). *Biological psychiatry*. Amsterdam: Elsevier, 1986:1039-41.
193. Labonnelle R. Les psychoses hyperfolliculiniques. Thèse, Paris, 1939.
194. Swanson DW, Barron MD, Floren A et al. The use of norethynodrel in psychotic females. *Am J Psychiatry* 1964;120:1101-3.
195. Abe K, Ohta M. Periodic psychosis of puberty: a review of near-monthly episodes. *Psychopathology* 1992;25:218-28.
196. Dalton K. Cyclical criminal acts in premenstrual syndrome. *Lancet* 1980;ii:1070-1.
197. Horwitz WA, Harris MM. Study of a case of cyclic psychic disturbances associated with menstruation. *Am J Psychiatry* 1936;92:1403-12.
198. Negrier C. Recueils des faits pour servir à l'histoire des ovaires. Angers: Cosme and Lachèse, 1858.
199. Raciborski A. Traité de la menstruation. Paris: Baillière, 1868.
200. Taguet H. Influence de la menstruation sur les maladies mentales. Thèse, Paris, 1872.
201. Haslam J. Observations on madness and melancholy. 1809.
202. Boyé J. Essai clinique sur les rapports des troubles génitaux avec la folie chez la femme. Thèse, Montpellier, 1880.
203. Battey R. Castration in nervous diseases. *Am J Med Sci* 1886;92:483-90.
204. Goodell W. Two successive cases of laparotomy for ovarian cyst and ovarian insanity. *Med News* 1890;56:521-2.
205. Hopmann P. Akute intermittierende ovulozyklische Porphyrie und ihre Behandlung. *Dt Med Wschr* 1968;93:76-81.
206. Gibbon E. The decline and fall of the Roman empire, Vol. 5. London: Folio Society, 1776-88.

Inmigración, desarraigo cultural e identidad cultural

DINESH BHUGRA¹, MATTHEW A. BECKER²

¹Section of Cultural Psychiatry, Institute of Psychiatry, De Crespigny Park, London, UK

²Department of Psychiatry, Southern California Permanente Medical Group, San Diego, CA, USA

Las migraciones han contribuido al enriquecimiento de la diversidad cultural y racial en los países desarrollados. Las personas que emigran experimentan formas múltiples de estrés que pueden influir en su bienestar mental: pérdida de normas culturales, costumbres religiosas y sistemas de apoyo social, ajuste a una nueva cultura y cambios en la identidad y en el concepto de sí mismos. En consecuencia, en algunos grupos de inmigrantes se observa un incremento en la incidencia de enfermedades mentales. Los profesionales de la salud mental deben tener en cuenta las formas específicas de estrés y los aspectos culturales que afectan a los inmigrantes y a los refugiados, con objeto de poder atender mejor las necesidades de esta población cada vez más abundante y vulnerable. En este artículo se revisan los conceptos de emigración, desarraigo cultural e identidad cultural, y se analizan las relaciones existentes entre estos tres aspectos de la experiencia migratoria y la congruencia cultural. Se plantea la hipótesis de que la compleja relación existente entre el proceso migratorio, el desarraigo cultural, la identidad cultural y la congruencia cultural, junto con los diversos factores biológicos, psicológicos y sociales, desempeñan un papel importante en el aumento de la incidencia de enfermedades mentales en los grupos de inmigrantes afectados.

Palabras clave: inmigración, desarraigo cultural, identidad cultural, congruencia cultural, densidad étnica

Los profesionales de la salud mental trabajan en un mundo cada vez más multicultural, caracterizado por las migraciones de personas procedentes de contextos culturales, raciales y étnicos muy distintos. Las personas emigran por muchas razones: políticas, socioeconómicas y educativas. La riqueza de esta diversidad de culturas y razas, así como las razones para la emigración, pueden dificultar el conocimiento y el diagnóstico de las enfermedades que sufren inmigrantes de orígenes significativamente distintos de los del médico que los recoge. La cultura desempeña un papel importante en la forma de presentación de las enfermedades, y las diferencias culturales influyen tanto en el diagnóstico como en el tratamiento de las poblaciones de inmigrantes, debido en parte a las variaciones lingüísticas, religiosas y sociales respecto al sistema sanitario responsable de su salud. Además, parece que la incidencia y la prevalencia de los distintos trastornos psiquiátricos presentan variaciones en las personas de diferentes contextos culturales a consecuencia de la relación existente entre factores biológicos, psicológicos y sociales.

La provisión de la asistencia sanitaria está influida necesariamente por las demandas de personas procedentes de contextos culturales muy distintos, pero se fundamenta en factores económicos, sociales y políticos, y es importante tener en cuenta las diferencias culturales para establecer un diagnóstico y un tratamiento adecuados. En sí mismo, el proceso migratorio puede ser estresante, según el tipo y la causa de la emigración, de manera que puede afectar a la salud mental tanto de los emigrantes como de sus familias. Los problemas de desarraigo cultural y de identidad cultural tienen lugar con una frecuencia creciente entre los inmigrantes y sus familias. En este artículo se revisan estos conceptos y el efecto que tienen sobre la salud mental y la asistencia psiquiátrica, para ayudar a los clínicos en la identificación y solución de estos problemas, con un enfoque que tenga en cuenta los distintos aspectos culturales intervinientes.

MIGRACIÓN

La migración se puede definir como el proceso de abandono de un país, una región o un lugar de residencia, para estable-

cerse en otro lugar. La duración del nuevo asentamiento es variable, pero para los objetivos de este artículo se considera que los inmigrantes se asientan de manera permanente o semipermanente en un país distinto del suyo. Por otra parte, en este artículo no se recogen los aspectos relativos a la emigración desde las zonas rurales a las urbanas. Los inmigrantes se pueden desplazar en masa o aisladamente. Por ejemplo, las personas que emigran debido a razones económicas o educativas suelen desplazarse de forma aislada, y sus familias se reúnen con ellos en un momento posterior; en cambio, las personas que se desplazan debido a razones políticas pueden hacerlo en masa, con sus familias o sin ellas (1). Es de destacar que una proporción significativa de las personas que emigran proceden de grupos étnicos minoritarios. La naturaleza multicultural de la sociedad británica quedó demostrada en el censo de 1991. Las categorías étnicas fueron utilizadas por primera vez en el Reino Unido en el censo de 1991, en el que se demostró que había más de 3 millones de personas (aproximadamente, el 5,5 % de la población general) que pertenecían a grupos étnicos minoritarios (personas de raza distinta a la blanca) (2). De ellas, el 30 % se describía a sí misma como de raza negra o de origen africano negro, mientras que el 28 % se describía a sí misma como de origen hindú; sin embargo, en el censo de 2001 aumentaron las categorías de adscripción étnica y la proporción de minorías étnicas se incrementó hasta el 7,9 %. La población étnica minoritaria en el Reino Unido creció un 53 % entre 1991 y 2001, desde 3 millones hasta 4,6 millones de personas. Las personas de origen étnico hindú constituyeron el grupo minoritario de mayor tamaño, seguido por los paquistaníes, por las personas de origen étnico mixto, por las personas de raza negra y originarias del Caribe, por los negros de origen africano y por los originarios de Bangladesh (3).

La historia de las migraciones hacia Gran Bretaña refleja algunas de las razones por las que las personas emigran. La migración más importante hacia Gran Bretaña se inició en el siglo XIX. La migración de los irlandeses se caracterizó por períodos de entrada hacia Gran Bretaña y de salida desde ese país, dado que los irlandeses se dirigían allí para asentarse permanentemente o para trabajar temporalmente con el objetivo último de volver a Irlanda. Los judíos del oeste de Europa acudieron a finales del siglo XIX para escapar de la persecución re-

ligiosa y de la pobreza; una proporción adicional de esta población llegó a Gran Bretaña antes de la Segunda Guerra Mundial y después de ésta. En el decenio de 1960, los pequeños empresarios residentes fundamentalmente en las áreas urbanas reclutaban a personas de origen antillano como mano de obra barata y para la realización de los trabajos que eran menos atractivos para la población local. Las personas del subcontinente indio emigraron hacia Gran Bretaña por motivos educativos y económicos, y la incidencia mayor de esta inmigración tuvo lugar aproximadamente al mismo tiempo que la de las personas de origen antillano. Las personas de origen asiático expulsadas por el gobierno de Idi Amin acudieron desde Uganda a finales del decenio de 1970. En el decenio de 1980 tuvo lugar un cambio en las leyes de inmigración, que estableció una limitación al número de personas que se podían asentar en Gran Bretaña (4). Hoy en día, muchas personas de todo el mundo deciden emigrar (legal o ilegalmente) hacia el Reino Unido o hacia otros países desarrollados, debido a que en éstos esperan tener mejores oportunidades educativas y laborales, para escapar de la persecución, para reasentarse tras haber sufrido situaciones catastróficas (como el terrorismo, los desastres naturales y la guerra) o para unirse a familiares que habían emigrado antes.

La inmigración se puede clasificar de varias maneras; por ejemplo, según las razones de la inmigración, según la clase social y el nivel educativo de los inmigrantes, o según la duración y la localización geográfica del reasentamiento. Además, en la clasificación de los inmigrantes se puede tener en cuenta si su contacto con la cultura «mayoritaria» o «dominante» es voluntario o no. Los emigrantes pueden ser considerados inmigrantes o residentes cuando su cambio de residencia conlleva el contacto voluntario con la cultura dominante, mientras que los refugiados son las personas que cambian de lugar de residencia involuntariamente (5). Por ejemplo, los inmigrantes eligen emigrar y, por lo tanto, tienen un contacto progresivo y regular con la cultura «mayoritaria» ya desde la preparación de su emigración, con el objetivo de aprovechar las ventajas económicas, educativas o ambas; por su parte, los refugiados se ven forzados a emigrar y, por ello, su contacto con la población «mayoritaria» es involuntario y sólo se debe a que han tenido que escapar de una persecución. Además, la migración rural-urbana se ha asociado a razones económicas y educativas para el reasentamiento, mientras que la migración entre distintos países se ha asociado a razones económicas, educativas, sociales y políticas (6).

El proceso de la emigración se ha descrito genéricamente en tres fases. La primera es la fase premigratoria, que incluye la toma de decisión y la preparación para la emigración. La segunda fase es la emigración en sí misma y consiste en el traslado físico de las personas desde un país a otro y el reasentamiento en este último. La tercera fase, denominada posmigración, se define como la «absorción del inmigrante en el contexto social y cultural de la nueva sociedad». Los inmigrantes pueden aprender las nuevas normas sociales y culturales en esta fase (4). La fase inicial del proceso migratorio se puede acompañar de tasas menores de enfermedad mental y de problemas de salud, en comparación con las otras dos fases, dada la mayor juventud de la población migratoria en la fase inicial y debido a que en las otras dos fases pueden surgir problemas de aculturación y discrepancias entre los objetivos planteados y los logros alcanzados (7). Hay que tener en cuenta que estas fases no tienen un carácter discreto y que muestran solapamiento entre sí.

Se ha propuesto la posibilidad de que el ajuste social y la prevalencia de las enfermedades mentales en los inmigrantes puedan estar influidos por la duración del reasentamiento, por

la similitud o las diferencias entre la cultura de origen y la nueva cultura, por los sistemas de apoyo lingüísticos y sociales, por la aceptación de la cultura «mayoritaria», por el acceso y la aceptación por parte de la comunidad de expatriados y por la posibilidad de conseguir una vivienda (4). Si el individuo se siente aislado respecto a su cultura, no es aceptado por la «cultura mayoritaria» y carece de apoyo social, puede presentar un sentimiento de rechazo, de alienación y baja autoestima. Durante las distintas fases de la emigración puede haber factores que predispongan a las personas a sufrir trastornos mentales. Los factores premigratorios son la estructura de la personalidad del individuo, la emigración forzada y la persecución, entre otros. Los factores operativos durante la fase de emigración propiamente dicha son el sentimiento de pérdida y el *shock* cultural, mientras que en la fase posmigratoria intervienen la discrepancia entre las expectativas y los logros y el grado de aceptación por parte de la nueva sociedad (8, 9). Estas variables se pueden contemplar como factores de vulnerabilidad, junto con las variables biológicas, sociales y psicológicas. Por ejemplo, la estructura de la personalidad se puede considerar como un factor biológico o bien como un factor cultural. La personalidad está influida por factores culturales y, a su vez, influye en los patrones de crianza de los hijos, en las respuestas frente al estrés y en la aceptación del apoyo social. Los factores del «carácter nacional» y de la personalidad están interrelacionados.

Bhugra (6) revisó cuatro hipótesis explicativas de la relación entre emigración y enfermedad mental, específicamente con respecto a la elevada prevalencia de la esquizofrenia en algunos grupos de inmigrantes en el Reino Unido, y propuso una quinta hipótesis. Esta última hipótesis defiende la existencia de un efecto de densidad étnica sobre las tasas de prevalencia de la enfermedad mental en los grupos de inmigrantes. Además, las personas que emigran desde sociedades de carácter colectivo o sociocéntrico (y que en sí mismas tienen una personalidad sociocéntrica) hacia sociedades de carácter individualista o egocéntrico pueden sufrir sentimientos de alienación y dificultades mentales, con los problemas consiguientes para asentarse en la nueva sociedad. Los cambios sociales, la asimilación y la identidad cultural pueden ser factores importantes en la relación existente entre emigración y enfermedad mental (6, 7).

DESARRAIGO CULTURAL

La pérdida de la estructura social y la cultura propias puede causar una reacción de aflicción extrema, tal como ha descrito Eisenbruch (10, 11). La emigración conlleva la pérdida de lo conocido y cotidiano: el lenguaje (especialmente, el lenguaje coloquial y el dialecto), las actitudes, los valores, las estructuras sociales y las redes de apoyo. La aflicción causada por esta pérdida se puede contemplar como una reacción saludable y como una consecuencia natural del propio proceso migratorio; sin embargo, cuando los síntomas causan dificultades importantes y van más allá de un período especificado de tiempo, puede estar justificada la intervención psiquiátrica. Eisenbruch (11) ha definido el desarraigo cultural como «la experiencia de privación de una persona, o un grupo de personas, originada en la pérdida de las estructuras sociales, los valores culturales y la autoidentidad: la persona, o el grupo, sigue viviendo en el pasado, es visitada por fuerzas sobrenaturales procedentes del pasado tanto en sueños como en situación de vigilia, tiene sentimientos de culpa por haber abandonado su propia cultura y

su tierra, siente angustia cuando empieza a olvidar sus recuerdos del pasado, aunque percibe la intrusión constante de imágenes de este pasado (incluso de los sucesos traumáticos) en su vida cotidiana, anhela cumplir sus obligaciones hasta la muerte y se siente afligido por situaciones de ansiedad, de pensamientos mórbidos y de rabia que le dificultan de manera importante la realización de sus actividades cotidianas».

La expresión de este sentimiento de pérdida está influida por numerosos factores sociales, culturales y económicos. En un estudio realizado sobre asistencia paliativa en pacientes originarios de Bangladesh por parte de profesionales sanitarios en la parte oriental de Londres, la inmigración reciente, las barreras lingüísticas, las creencias religiosas y los aspectos económicos influyeron en las posibilidades de conseguir un adecuado control del sufrimiento en los pacientes y una atenuación de los procesos de duelo en los familiares de los pacientes fallecidos; el enterramiento de éstos en Bangladesh y el apoyo social procedente de familiares y amigos fueron elementos potencialmente útiles para aliviar el proceso de duelo (12). En un caso clínico de una refugiada etíope en proceso de duelo se subrayó la importancia de la cultura en la expresión del dolor: los síntomas de aflicción de esta paciente se complicaron por su imposibilidad de realizar, debido a su situación de inmigrante, los rituales de purificación culturalmente sancionados. Además, su situación se agravó pues fue diagnosticada erróneamente en varias ocasiones, debido al uso de criterios diagnósticos de aplicación en el contexto occidental y a la falta de apreciación, por parte de los clínicos, de las diferencias culturales en la forma de presentación de la aflicción (13). Los síntomas del desarraigo cultural se pueden diagnosticar erróneamente debido a dificultades lingüísticas y culturales y a la aplicación de criterios diagnósticos occidentales aplicados a personas de origen no occidental. Schreiber (13) señaló que en el tratamiento del síndrome que padecía esta paciente eran esenciales los rituales tradicionales de curación y purificación, así como la psicoterapia de apoyo, tras el establecimiento del diagnóstico correcto.

Los conceptos occidentales de pérdida y duelo pueden tener un valor parcial o limitado para explicar las expresiones de aflicción que sufren las personas procedentes de otras culturas; no obstante, ésta es un área en la que son necesarios nuevos estudios. Todos los seres humanos pueden sufrir el sentimiento de pérdida, pero las normas culturales son esenciales para manejar este sentimiento. El enfoque occidental del proceso de duelo plantea la progresión a través de distintas fases de aflicción, explicadas tanto por las teorías psicoanalíticas de la pérdida como por teorías del comportamiento. Davies y Bhugra (14) refieren la contribución de Bowlby al conocimiento de la pérdida y a la comprensión de la función, y la evolución del dolor. Mediante la aplicación de su teoría del apego, Bowlby describió cuatro fases en el estado de duelo: entumecimiento, anhelo y rabia, desorganización y desesperación, y reorganización. Los teóricos del psicoanálisis han descrito el papel del inconsciente y la ambivalencia en la aflicción por duelo; las reacciones anómalas de aflicción se consideran controladas por el inconsciente e implican sentimientos ambivalentes respecto al objeto perdido; estos sentimientos producen síntomas depresivos, con un deterioro significativo de la autoestima (15, 16).

En el DSM-IV se señala que «la duración en la expresión de la pérdida «normal» varía considerablemente en los distintos grupos culturales». Se establece el diagnóstico de episodio depresivo mayor, más que el de duelo, si los síntomas de depresión se mantienen 2 o más meses desde la pérdida o bien aparecen los síntomas siguientes: a) sentimiento culpa por las

cosas, más que por las acciones, recibidas o no recibidas por el superviviente en el momento del fallecimiento de la otra persona; b) pensamientos de muerte más que voluntad de vivir, con el sentimiento de que el superviviente debería haber muerto junto con la persona fallecida; c) preocupación mórbida con sentimientos de inutilidad personal; d) enlentecimiento psicomotor acusado; e) deterioro funcional acusado y prolongado, y f) experiencias alucinatorias distintas del pensamiento de que el superviviente escucha la voz o ve la imagen fugaz del fallecido. Estos síntomas están fundamentados en el concepto occidental del diagnóstico de una aflicción anómala y, como tal, no tienen en cuenta las diferentes expresiones culturales de la aflicción. En muchas culturas es normal que las personas sean visitadas por espíritus y fantasmas, y las personas de culturas no occidentales pueden describir sus conversaciones con espíritus sobrenaturales. La apreciación de la importancia que tiene colocar estas expresiones de la aflicción en su contexto cultural apropiado es esencial para diferenciar las reacciones de pérdida normales y anómalas. Cuando los clínicos ignoran las diferencias culturales en la expresión de la aflicción pueden establecer diagnósticos inapropiados de trastornos psicóticos, trastorno de estrés postraumático (TEPT) y trastornos del estado de ánimo en personas cuyo contexto cultural no es el occidental. En el mejor de los casos, el diagnóstico erróneo y el consecuente tratamiento inadecuado no solucionarán el problema del paciente y, en el peor de los casos, lo complicarán.

Eisenbruch (10), en su estudio sobre los refugiados procedentes del sureste asiático, diseñó una entrevista para evaluar el desarraigo cultural, con objeto de facilitar la validez de la entrevista diagnóstica, aclarar la «estructura» de la reacción de aflicción e iniciar el proceso de curación en las personas afectadas. En esta entrevista se tienen en cuenta los conceptos lingüísticos y culturales de la persona que sufre la pérdida. Durante la entrevista, el clínico evalúa los aspectos siguientes: a) recuerdos familiares basados en pensamientos y percepciones del pasado; b) continuación de la experiencia de la familia y del pasado, incluyendo la aparición de fantasmas y espíritus, según la concepción de comunicación con el pasado; c) sueños, sentimientos de culpa, claridad de los recuerdos del pasado y estructuración del pasado en la tierra de origen, según el concepto de culpa del superviviente; d) experiencias de fallecimiento, según el concepto de la violencia de la separación o el fallecimiento y la ausencia de despedida, y e) respuesta a la separación de la tierra de origen según los conceptos de rabia y ambivalencia (10). Esta entrevista incorpora también la exploración de las creencias y prácticas religiosas, subrayando la importancia de los tratamientos «tradicionales» en la población inmigrante que sufre pérdidas. De acuerdo con lo propuesto por Schreiber (13), la colaboración entre el psiquiatra occidental y el curandero tradicional puede representar el mejor abordaje terapéutico para las personas afectadas, debido a que integra el sistema de creencias no occidental con los abordajes psiquiátricos occidentales.

La situación de desarraigo cultural ha sido asociada a la aparición de trastornos psicóticos, de ansiedad y del estado de ánimo; sin embargo, esta asociación se complica por la interpretación errónea de las expresiones culturales de aflicción por parte de los clínicos occidentales, así como por la aplicación de los criterios diagnósticos occidentales de los trastornos psiquiátricos a personas de contextos culturales diferentes. Indudablemente, las personas que han emigrado debido a convulsiones políticas o a situaciones de guerra pueden haber participado activa o pasivamente en situaciones de combate y tortura; por lo tanto, estas personas pueden presentar un TEPT y también estar en proceso de duelo, dado que ambos diag-

nósticos no son mutuamente excluyentes. Las manifestaciones y expresiones culturalmente apropiadas del duelo pueden incluir los conceptos occidentales de TEPT y psicosis, como los síntomas de escuchar voces, ver fantasmas y percibir la presencia del fallecido; por lo tanto, es importante reconocer los síntomas del duelo y el desarraigo en el contexto de los conceptos culturales de los individuos afectados, manteniendo una actitud abierta ante la posibilidad de que pueda haber trastornos psiquiátricos adicionales. El desarraigo cultural es un aspecto importante para el conocimiento de la experiencia de la migración. Nuestra hipótesis es que este tipo de experiencia está mediado e influido por la identidad cultural. El concepto de identidad cultural puede contribuir a la comprensión y al control de los sentimientos de pérdida y desarraigo.

IDENTIDAD CULTURAL

Es importante definir los aspectos sociológicos del concepto de identidad, para comprender la identidad cultural. La cultura se aprende y se transmite de generación en generación e incluye las creencias y el sistema de valores de una sociedad. Se ha descrito que la cultura comprende todas las características compartidas que unen a las personas en una comunidad (17). La identidad es la totalidad de la percepción que tiene el individuo sobre sí mismo, o bien la manera con la que los individuos se contemplan a sí mismos como distintos de los demás. Bhugra (6, 7) señala que las identidades racial, cultural y étnica forman parte de la identidad del individuo, y que la identidad cambia con el desarrollo personal y social que se produce con los procesos de emigración y aculturación. La identidad social puede ser concebida como el conjunto de aquellas características de la personalidad que se definen culturalmente y se adscriben a funciones sociales, como el papel de padre, de madre, de amigo, de empresario, de trabajador, etc. La etnia es una fuente de identidad social. Los grupos étnicos están constituidos por personas que pueden compartir o no la misma raza, pero que comparten características culturales comunes, como los antecedentes históricos, las creencias, los valores, las preferencias alimentarias y de ocio, la religión y el lenguaje. Habitualmente, el concepto de etnia incluye tanto los aspectos raciales como los culturales (17). La raza está fundamentada en un concepto biológico: los atributos físicos compartidos por un grupo de individuos; también puede ser o no un concepto con implicancias sociales y políticas (17). Por ejemplo, las personas procedentes de las Antillas, de África y de diversas partes de América del Norte y del Sur pueden compartir la misma raza, pero presentan diferencias en cuanto a sus creencias, sus sistemas de valores, sus normas sociales y sus formas de expresión de los problemas.

Bhugra (6) señala que los componentes de la identidad cultural son la religión, los ritos de transición o cambio, el lenguaje, los hábitos alimentarios y las actividades de ocio. Los ritos y las creencias religiosos constituyen un componente clave de la identidad cultural del individuo, a pesar de que no los practique cuando es adulto. La religión puede preservar los valores en la comunidad y alimentar un sentimiento de pertenencia. Los ritos de transición son importantes para el desarrollo de una identidad cultural individual; el seguimiento de estos ritos está relacionado con el grado de aceptación del individuo por parte del grupo cultural. El lenguaje, tanto escrito como hablado, es un marcador cultural. Bhugra (7) señala la importancia de la competencia lingüística y de la estabilidad económica como factores determinantes que hacen que los in-

dividuos abandonen finalmente su grupo cultural no dominante (característicamente bien delimitado desde el punto de vista geográfico) y se aventuren en el grupo cultural dominante. Las actitudes frente a los alimentos y a su preparación, incluyendo los tabúes de origen religioso y el simbolismo de los alimentos, constituyen un componente de la identidad cultural que puede estar influido por las enseñanzas religiosas. Las actividades de ocio, como el disfrute de la música, las películas, los deportes y la literatura, forman un componente importante junto con el lenguaje y la religión para que el individuo sienta que forma parte de su cultura mientras vive en un lugar con una cultura diferente, pudiendo cambiar o no durante el proceso de aculturación. Los aspectos y actitudes sociales y culturales son característicamente más resistentes al cambio y generalmente son los últimos en ajustarse durante el proceso de aculturación (18).

Entre los cambios psicosociales que experimentan los inmigrantes está la asimilación, que se puede contemplar como un proceso a través del cual las diferencias culturales desaparecen a medida que las comunidades de inmigrantes se adaptan a la cultura mayoritaria que los acoge y a su sistema de valores. Durante el proceso de asimilación, el individuo puede perder su identidad cultural a medida que se introduce cada vez más en la sociedad que lo acoge. La aculturación es un proceso que puede ser voluntario o forzado, que requiere el contacto entre grupos de personas culturalmente divergentes y que da lugar a la asimilación de valores culturales, costumbres, creencias y lenguaje por parte de un grupo minoritario que reside en una comunidad mayoritaria (8). Durante el proceso de aculturación pueden cambiar ambas culturas, la del inmigrante y la de la sociedad que lo acoge. Pueden aparecer cambios en las actitudes, los valores familiares, la jerarquía generacional y las afinidades sociales tanto en la cultura mayoritaria como en la minoritaria, a medida que tiene lugar la interacción entre ambas; sin embargo, lo habitual es que llegue a predominar una de las dos (7).

Los cambios culturales en la identidad pueden ser estresantes y causar problemas con la autoestima y con la salud mental. El contacto entre la comunidad inmigrante (minoritaria) y la comunidad mayoritaria puede tener como resultado la asimilación, el rechazo, la integración o la desaculturación (8). El rechazo implica que el grupo minoritario se aparta del grupo mayoritario; en los casos más extremos puede inducir un apartamiento o una segregación. Se habla de desaculturación cuando el individuo o el grupo minoritario experimentan una pérdida de la identidad cultural, una alienación o un estrés por aculturación, y puede inducir al etnocidio (6). Los factores de estrés posmigración son el *shock* y los conflictos culturales; ambos pueden inducir sentimientos de confusión cultural, de alienación y de aislamiento, e inducir depresión (8). Las personas vulnerables pueden sufrir problemas de salud mental a consecuencia de las actitudes de la sociedad de acogida (como el racismo), la falta de trabajo, la discrepancia entre los logros y las expectativas del inmigrante, los problemas económicos, las preocupaciones legales, la insuficiencia de la vivienda y la falta general de oportunidades para el desarrollo en la sociedad de acogida.

El proceso de aculturación puede ser útil para que las personas con desarraigo cultural alcancen una situación de equilibrio. Los inmigrantes que experimentan la pérdida de su cultura junto con un sentimiento de culpa por haber dejado su tierra de origen pueden alcanzar un sentimiento de pertenencia en el país de acogida a medida que tiene lugar el proceso de aculturación. La cultura mayoritaria puede parecer menos amenazadora y más amable a medida que el inmigrante adquiere

una mayor fluidez lingüística y social. El apoyo social, que se puede manifestar a través de la amistad, de las ofertas de empleo y de la asistencia médica, contribuyen a este proceso. La integración y la asimilación pueden ayudar a reducir los sentimientos de pérdida y aflicción, a medida que el inmigrante comienza a incorporar los aspectos de la cultura mayoritaria. En el proceso de aculturación, la interacción entre la cultura del inmigrante y la cultura mayoritaria de la sociedad que lo acoge es un proceso dinámico y recíproco que puede introducir modificaciones en el grupo cultural mayoritario, ayudando a las personas que constituyen la cultura dominante a apreciar y comprender mejor la cultura del inmigrante, así como a reconocer algunas de las necesidades de las personas que han emigrado.

CONGRUENCIA CULTURAL

Los inmigrantes proceden de diversos contextos culturales y poseen una identidad formada. Tal como ya se ha señalado, la identidad cultural está influida por diversos factores operativos, durante las distintas etapas del proceso migratorio, y el sentimiento de desarraigo cultural es una consecuencia esperable, inherente a este proceso. Las identidades culturales interactúan a medida que los inmigrantes entran en contacto no solamente con las personas de la cultura mayoritaria sino también con otros inmigrantes, con culturas similares a la suya o diferentes de ella. Pueden aparecer sentimientos de pertenencia y bienestar, o sentimientos de alienación y estrés. Bhugra y Jones (9) han propuesto varios factores personales y de relación que aparecen durante el proceso migratorio y que pueden influir en el bienestar mental de los inmigrantes. Durante la fase de posmigración, los factores personales importantes para superar la adversidad son la identidad cultural, las redes de apoyo social, la autoestima y el concepto de sí mismo. Durante esta fase, los factores de relación importantes en los inmigrantes son los logros, el racismo, la densidad étnica, el aislamiento social y el paro laboral (7, 9).

La densidad étnica, el tamaño de un grupo étnico concreto en proporción a la población total en una zona específica, es un factor que puede influir en la incidencia de las enfermedades mentales en las minorías étnicas. Además, puede aparecer un sentimiento de alienación si las características culturales y sociales de un individuo son distintas de las de la población que lo rodea, mientras que suele aparecer un sentimiento de pertenencia cuando el individuo y la población que lo rodea tienen características culturales y sociales similares. Bhugra (6) ha señalado la importancia de la congruencia étnica y cultural, de los patrones de interacción y de la identidad cultural en la génesis y el mantenimiento de los problemas mentales en la población inmigrante. La congruencia cultural es el grado de concordancia o disonancia entre la cultura de un individuo, sus creencias y expectativas, con respecto a la cultura de la población del entorno. La población del entorno puede estar constituida predominantemente por personas del mismo contexto cultural que el inmigrante o procedentes de un contexto cultural diferente. El incremento de la densidad étnica puede mejorar el apoyo social y la capacidad de adaptación de algunos inmigrantes, pero puede aumentar las dificultades en otros, sobre todo si hay un conflicto cultural entre el individuo y su cultura de origen (9). Este factor puede explicar algunos de los resultados contradictorios obtenidos en estudios sobre la relación entre densidad étnica e incidencia de enfermedades mentales en grupos étnicos minoritarios. Por ejemplo, se ha observado

una correlación inversa entre la incidencia de esquizofrenia en las minorías étnicas de raza no blanca que residen en Londres y la proporción de estas minorías en la población local; la explicación propuesta ha sido que el aumento en la exposición al estrés o la falta de protección frente a éste pueden incrementar la incidencia de esquizofrenia en las minorías étnicas de razas distintas de la blanca (19). No obstante, en un estudio previo no se pudo corroborar la hipótesis de la densidad étnica respecto al incremento en la incidencia de la esquizofrenia en grupos de inmigrantes en Inglaterra (20).

En una revisión de múltiples estudios, Shah (17) observó que los trastornos mentales más comunes tenían una prevalencia mayor en las personas de grupos étnicos minoritarios que vivían en zonas de baja densidad de grupo étnico. Sus hallazgos mostraron que los trastornos mentales comunes tenían una prevalencia al menos similar en los grupos étnicos minoritarios y en la población mayoritaria, y que algunos grupos étnicos minoritarios mostraban una prevalencia incluso superior. En comparación con la población mayoritaria, la depresión puede ser más prevalente en los grupos de inmigrantes procedentes del Caribe y de África, mientras que las fobias pueden ser más frecuentes en los inmigrantes de origen asiático. Son factores de riesgo para el padecimiento de trastornos mentales comunes por parte de individuos pertenecientes a grupos étnicos minoritarios la pobreza, la falta de trabajo, la migración antes de los 11 años de edad, el racismo, la percepción de falta de soporte social, el aislamiento social, la ausencia de un amigo o confidente, y la ausencia de los padres (17). En un estudio, la incidencia de esquizofrenia fue mayor en una zona urbana del sureste de Londres que en diversas áreas rurales del suroeste de Escocia, debido a la mayor proporción de grupos étnicos minoritarios de raza distinta de la blanca que vivían en el área urbana, en comparación con la zona rural (21); en otro estudio se observó un incremento global en la incidencia de esquizofrenia en el sureste de Londres entre 1965 y 1997 (22).

La adaptación del inmigrante a la nueva cultura, durante el proceso migratorio depende de la naturaleza de la sociedad de la que procede el inmigrante, de la naturaleza de la sociedad que lo acoge y de las características sociales del propio inmigrante. Las sociedades sociocéntricas o de tipo colectivo subrayan la importancia de la cohesión, de los vínculos estrechos entre los individuos, de la solidaridad de grupo, de la interdependencia emocional, de las tradiciones y de la identidad colectiva. Las sociedades egocéntricas o individualistas subrayan la independencia, los vínculos laxos entre los individuos, la independencia emocional, el liberalismo, la autosuficiencia, la iniciativa individual y la autonomía. Bhugra (6) ha señalado que los inmigrantes que proceden predominantemente de sociedades sociocéntricas o colectivas y que llegan a una sociedad predominantemente egocéntrica o individualista tienen más posibilidades de sufrir problemas de adaptación a la nueva cultura, especialmente si el sistema de creencias del propio inmigrante es de tipo sociocéntrico. Esta disonancia cultural entre el individuo y la población que lo rodea puede tener como consecuencia la ausencia de un sistema adecuado de apoyo social, la disparidad entre las expectativas y los logros, y un descenso en la autoestima. El incremento de la densidad étnica puede ser útil para disminuir las dificultades del inmigrante en esta situación, especialmente a través de la provisión de un sistema de apoyo social adecuado. Por ejemplo, un inmigrante que llega a Estados Unidos (una sociedad predominantemente egocéntrica) procedente de Vietnam (una sociedad predominantemente sociocéntrica) se puede sentir aislado y alienado, especialmente si el propio sistema de valores del inmigrante es

sociocéntrico. Si el inmigrante vive en la zona de acogida con otros compatriotas de Vietnam que comparten su visión socio-céntrica, puede tener menos sentimientos de aislamiento y alienación, y obtener un mayor apoyo social; no obstante, el individuo sociocéntrico puede mantenerse en la periferia de la nueva sociedad que lo acoge debido a que puede no alcanzar la competencia lingüística y social necesaria para desenvolverse en la cultura dominante. El proceso de desarraigo cultural también se puede minimizar si el inmigrante es capaz de mantener sus vínculos con la cultura de origen, tanto a través del incremento de la densidad étnica como del aumento del apoyo social o el mantenimiento de sus creencias y prácticas religiosas. Por otra parte, los inmigrantes que proceden de una cultura predominantemente sociocéntrica y que llegan a una sociedad predominantemente egocéntrica pueden experimentar pocos problemas y presentar una transición relativamente cómoda a la nueva cultura en el caso de que el propio inmigrante tenga un carácter predominantemente egocéntrico o individualista. En este caso, el incremento de la densidad étnica puede ser un problema más que una ventaja, exacerbando o causando conflictos culturales y problemas mentales.

CONCLUSIONES

La proporción de minorías étnicas en el Reino Unido ha aumentado debido, al menos en parte, a la inmigración de personas procedentes de todo el mundo. La migración es un proceso complejo relacionado con una gran heterogeneidad de causas, experiencias, adaptaciones culturales y fases que influyen en la salud mental del inmigrante. Los problemas que implica el propio proceso migratorio, junto con la falta de apoyo social, la discrepancia entre los logros y las expectativas, los problemas económicos, la discriminación y el hostigamiento raciales, y la falta de acceso a una vivienda, a una asistencia sanitaria y a servicios religiosos apropiados pueden inducir sentimientos de autoestima baja, dificultades de adaptación y problemas tanto físicos como mentales. En la etiología de las enfermedades mentales que padecen los inmigrantes y los refugiados se han implicado factores sociales y culturales, y son necesarios nuevos estudios para determinar con mayor precisión el papel que desempeña la cultura como factor patogénico o protector (7).

El desarraigo cultural constituye un aspecto muy importante de la experiencia del inmigrante y está influido por la interrelación entre el proceso migratorio, la identidad cultural y la congruencia cultural, junto con diversos factores biológicos y psicológicos. Para poder establecer el diagnóstico y el tratamiento adecuados, los profesionales de la salud mental deben tener en cuenta y reconocer los factores socioculturales que influyen en las manifestaciones de la aflicción por parte de los inmigrantes. La identidad y la congruencia culturales facilitan la capacidad de la persona afectada para comprender y evaluar el proceso de aflicción, mientras que las alteraciones de la identidad y de la congruencia pueden dar lugar a un trastorno adaptativo.

Las tasas de depresión, fobias y esquizofrenia son elevadas en algunos grupos de inmigrantes. Las consideraciones relativas a la raza, la etnia, el aislamiento social y la falta de apoyo social, el racismo, el paro laboral y la pobreza, la vivienda insuficiente y la falta de acceso a la asistencia médica apropiada son importantes para explicar el incremento en las tasas de enfermedad mental en los grupos étnicos minoritarios. Además, los factores de congruencia cultural, densidad étnica e

identidad cultural, así como diversos factores biológicos y psicológicos, posiblemente son importantes en el desarrollo de las enfermedades mentales en los inmigrantes. Un estudio más detallado de todo ello permitiría comprender mejor la compleja interrelación existente entre estos factores potenciales de vulnerabilidad, lo que —a su vez— permitiría finalmente aplicar medidas de prevención para reducir la prevalencia de las enfermedades mentales en este grupo creciente de población.

World Psychiatry 2005; 3: 18-24

Bibliografía

1. Bhugra D, Bhui K. Cross-cultural psychiatry: a practical guide. London: Arnold, 2001.
2. Nazroo J. Ethnicity and mental health: findings from a national community survey. London: Policy Study Institute, 1997.
3. UK Office of National Statistics. Census, April 2001. London: UK Office of National Statistics, 2001.
4. Bhugra D. Acculturation, cultural identity and mental health. In: Bhugra D, Cochrane R (eds). Psychiatry in multicultural Britain. London: Gaskell, 2001:112-36.
5. Berry J, Poortinga Y, Segall M et al. Cross cultural psychology: research and applications. Cambridge: Cambridge University Press, 1992.
6. Bhugra D. Migration, distress and cultural identity. Br Med Bull 2004;69:1-13.
7. Bhugra D. Migration and mental health. Acta Psychiatr Scand 2004;109:243-58.
8. Bhugra D, Ayonrinde O. Depression in migrants and ethnic minorities. Advances in Psychiatric Treatment 2004;10:13-7.
9. Bhugra D, Jones P. Migration and mental illness. Advances in Psychiatric Treatment 2001;7:216-23.
10. Eisenbruch M. The cultural bereavement interview: a new clinical research approach for refugees. Psychiatr Clin North Am 1990;13: 715-35.
11. Eisenbruch M. From post-traumatic stress disorder to cultural bereavement: diagnosis of Southeast Asian refugees. Soc Sci Med 1991;33:673-80.
12. Spruyt O. Community-based palliative care for Bangladeshi patients in east London. Palliative Medicine 1999;13:119-29.
13. Schreiber S. Migration, traumatic bereavement and transcultural aspects of psychological healing: loss and grief of a refugee woman from Begameder county in Ethiopia. Br J Med Psychol 1995;68(Pt. 2):135-42.
14. Davies D, Bhugra D. Models of psychopathology. Berkshire: Open University Press, 2004.
15. Freud S. Mourning and melancholia. In: The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud, Vol. 14. London: Hogarth Press and Institute of Psycho-Analysis, 1953.
16. Freud S. Totem and taboo. In: The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud, Vol. 13. London: Hogarth Press and Institute of Psycho-Analysis, 1953.
17. Shah A. Ethnicity and the common mental disorders. In: Melzer D, Fryers T, Jenkins R (eds). Social inequalities and the distribution of the common mental disorders. East Sussex: Psychology Press Ltd, 2004:171-223.
18. Bhugra D, Bhui K, Mallett R et al. Cultural identity and its measurement: a questionnaire for Asians. Int Rev Psychiatry 1999;11: 244-9.
19. Boydell J, Van Os J, McKenzie J et al. Incidence of schizophrenia in ethnic minorities in London: ecological study into interaction with the environment. Br Med J 2001;323:1336-7.

20. Cochrane R, Bal SS. Ethnic density is unrelated to incidence of schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1988;153:363-6.
21. Allardyce J, Boydell J, Van Os J et al. Comparison of the incidence of schizophrenia in rural Dumfries and Galloway and urban Camberwell. *Br J Psychiatry* 2001;179:335-9.
22. Boydell J, Van Os J, Lambri M et al. Incidence of schizophrenia in south-east London between 1965 and 1997. *Br J Psychiatry* 2003;182:45-9.

Prevención del abuso de sustancias: una breve perspectiva general

MARÍA ELENA MEDINA-MORA

Ramón de la Fuente National Institute of Psychiatry, Calzada México Xochimilco 101, México City, México

Los avances recientes en investigación psicosocial y en neurociencias han proporcionado nuevas perspectivas para la prevención de los cuadros de abuso de sustancias, tanto en el ámbito individual como en el comunitario. Se han identificado diversos factores de riesgo y factores protectores que influyen en la incidencia de las situaciones de abuso de sustancias. El objetivo de la prevención se ha ampliado para incluir diversas intervenciones realizadas sobre las personas según sus diversos grados de vulnerabilidad frente a la experimentación con sustancias, su uso continuo y su dependencia. La concienciación cada vez mayor respecto a la comorbilidad entre los trastornos mentales y los trastornos relacionados con sustancias establece las bases para la prevención tanto en la psiquiatría como en las disciplinas relacionadas. El énfasis en la evaluación de los programas ha facilitado la aplicación de programas y normas legales económicamente rentables. La integración de la prevención en políticas y programas que promuevan un estilo de vida saludable, incluyendo las intervenciones en los ámbitos escolar, familiar y comunitario, facilitará la obtención de los resultados adecuados

Palabras clave: sustancias, abuso, dependencia, prevención

Los importantes efectos a que da lugar el abuso de sustancias sobre las personas, las familias y los grupos sociales obliga a la aplicación de mecanismos efectivos de disuasión. A pesar de que hay consenso acerca de la importancia de la prevención, las opiniones relativas a la mejor forma de llevarla a cabo son muy diferentes.

Se considera prevención cualquier actividad orientada hacia la evitación del abuso de sustancias y hacia la reducción de sus consecuencias sanitarias y sociales. Este término genérico puede incluir las iniciativas dirigidas hacia la reducción de la oferta (según el principio de que la disminución en la disponibilidad de sustancias reduce las oportunidades para el abuso y la dependencia de ellas), así como las dirigidas hacia la reducción de la demanda (incluyendo las medidas de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad). Los datos obtenidos en los estudios epidemiológicos indican la existencia de cambios continuos entre los períodos de aumento y disminución de los cuadros de abuso de sustancias (1): la prevención puede modificar la tendencia, generar o reforzar la tendencia a la disminución y facilitar la disminución de la tendencia al aumento.

La reducción de la oferta de sustancias ilegales se ha llevado a cabo mediante iniciativas para la destrucción de los cultivos, la sustitución de los cultivos, la persecución a gran escala de los traficantes de drogas y la reducción de la disponibilidad de las sustancias en las calles. El abuso de los fármacos psicotrópicos y de los opiáceos con potencial de dependencia ha sido controlado a través de la prescripción médica y de la aplicación de normas específicas para la elaboración y distribución de fármacos y de sus precursores. La educación médica desempeña un papel clave en la reducción de la disponibilidad de los fárma-

cos de prescripción y en la consecuente disminución de situaciones de abuso de estos fármacos (2).

La reducción de la demanda se puede conseguir mediante programas especiales dirigidos hacia la modificación de los factores que hacen que los individuos sean vulnerables a la experimentación con sustancias, a su uso continuo y a la dependencia, y programas dirigidos a la promoción de los factores protectores, individuales y sociales.

La necesidad de una estrategia integrada para la reducción de la oferta y la demanda quedó en evidencia durante la Vigésima Sesión Especial de las Naciones Unidas celebrada en Nueva York en 1998 (3). En la Political Declaration, los Estados miembro reconocieron que la lucha contra el problema del abuso de sustancias era una responsabilidad compartida que requería un abordaje integrado y equilibrado. Se utilizó el término de «reducción de la demanda» para describir las normas y los programas contemplados por las convenciones internacionales para el control de sustancias y dirigidos hacia la reducción de la demanda por parte de los consumidores de opiáceos y fármacos psicotrópicos. La Declaration of Demand Reduction reconocía la necesidad de: a) *evaluar el problema*, para fundamentar la prevención en una evaluación sistemática de la naturaleza y la magnitud del problema del abuso de sustancias y de sus consecuencias; b) *abordar el problema*, desde la desaprobación del consumo inicial hasta la reducción de las consecuencias sanitarias y sociales negativas, las medidas educativas, la concienciación social, la intervención temprana, la reintegración asistencial y social, la ayuda en las fases iniciales y el acceso a los servicios por parte de las personas que los necesitan; c) *establecer alianzas estratégicas*, a través de la pro-

moción de un abordaje participativo y asociativo en la comunidad como fundamento para la evaluación precisa del problema y para la formulación e implementación de los programas apropiados integrados en las políticas más generales de promoción del bienestar social y la salud, así como para la aplicación de programas educativos de tipo preventivo; d) *abordar las necesidades especiales*, tanto de la población general como de los subgrupos específicos, poniendo énfasis en los jóvenes, y e) *ofrecer el mensaje correcto* (la información utilizada en los programas educativos y preventivos debe ser clara, precisa y fiable desde el punto de vista científico, válida desde el punto de vista cultural, ofrecida a tiempo y, siempre que sea posible, dirigida hacia una población objetivo).

EL ÁMBITO DE LA PREVENCIÓN

En épocas anteriores existía la tendencia a considerar la prevención primaria (las distintas formas de intervención antes del inicio de los síntomas) como la única forma verdadera de prevención. Actualmente se sabe que los abordajes eficaces de prevención son necesarios tanto antes de que aparezcan los síntomas como después de ello, dado que los trastornos relacionados con sustancias son procesos crónicos y recidivantes. Además, los costes personales y económicos que conllevan pueden ser atribuidos en gran medida a episodios que aparecen después del episodio inicial, lo que significa que la prevención de la recidiva (incluyendo la recidiva tras el tratamiento adecuado) constituye una parte esencial de la estrategia de salud pública para reducir la prevalencia.

Por otra parte, las medidas de prevención primaria se han clasificado en univer-

sales, selectivas y dirigidas, según el nivel de riesgo de uso de sustancias (4). El US Institute of Medicine (5) ha definido las *intervenciones preventivas universales* como las dirigidas hacia la población general o hacia grupos de población completos. Las *intervenciones preventivas selectivas* son las dirigidas hacia subgrupos de la población cuyo riesgo de sufrir el trastorno es significativamente mayor que la media (estas personas pueden presentar un riesgo inminente o bien un riesgo a lo largo de toda su vida). Las *intervenciones preventivas dirigidas* fueron definidas como las indicadas para personas de alto riesgo que presentan signos o síntomas mínimos aunque detectables que anuncian el trastorno, o bien para las personas cuyos marcadores biológicos señalan la existencia de una predisposición para el trastorno aunque no cumplan en este momento los criterios diagnósticos.

El ámbito de la prevención también incluye: la *intervención temprana* sobre personas que ya han experimentado con sustancias pero que todavía no muestran una dependencia grave y que, por lo tanto, pueden ser «reeducadas» mediante intervenciones de aprendizaje; el *tratamiento de la dependencia*; la *prevención de las recaídas*; y la *reintegración social*. Actualmente se sabe que las intervenciones que configuran todo este espectro reducen la carga del problema para toda la sociedad.

El problema del abuso de sustancias se puede dividir en dos áreas: la intoxicación y la dependencia. Son componentes esenciales de la prevención la limitación de las lesiones que sufren el individuo y la sociedad a consecuencia de la intoxicación (p. ej., las lesiones debidas a la conducción de vehículos de motor bajo los efectos de sustancias psicoactivas) y la reducción del riesgo de exposición a las sustancias y, por lo tanto, de la aparición de la dependencia.

La reducción de las lesiones representa un abordaje de prevención ligeramente distinto. Se ha demostrado que las medidas de este tipo reducen las consecuencias sanitarias y sociales más importantes. Son ejemplos de medidas para la reducción del riesgo la provisión de jeringas limpias, que reduce el riesgo de infección por el virus del la inmunodeficiencia humana (VIH) y por el virus de la hepatitis B, así como el tratamiento de sustitución, que reduce la incidencia de delitos en las calles (6).

La definición genérica de la prevención incluye la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades. La promoción de la salud persigue el incremento del bienestar, por ejemplo, reduciendo las desigualdades y generando capital social (7), mientras que la prevención de las enfermedades tiene los objetivos de reducir la

incidencia, la prevalencia, la recidiva y los períodos sintomáticos, de prevenir las recaídas, de retrasar las recidivas y de reducir la gravedad de los síntomas. La disminución del impacto de la enfermedad sobre la persona, la familia y la sociedad también forma parte de la prevención. Además, la prevención incluye la reducción de los estigmas asociados al abuso de sustancias y, en consecuencia, de las barreras a su tratamiento.

INTERVENCIONES PSICOSOCIALES

Las variaciones en las características personales y en el entorno sociocultural crean diferencias en el grado de vulnerabilidad frente a la experimentación con sustancias, al uso continuado y a la dependencia, lo que significa que la prevención también debe presentar variaciones en sus contenidos y en su intensidad.

Se pueden detectar factores de riesgo en diversos ámbitos: *a)* individual (p. ej., algunos trastornos mentales o una personalidad tendente a la búsqueda de sensaciones); *b)* familiar (p. ej., la convivencia con un progenitor que sufre depresión o muestra dependencia de sustancias); *c)* escolar (p. ej., rendimiento académico bajo); *d)* de compañeros (p. ej., amigos que usan sustancias), y *e)* comunitario (p. ej., disponibilidad fácil de las sustancias, tolerancia social). Estos factores interaccionan con el proceso individual de recepción, elaboración, interpretación y respuesta a los estímulos. La significación de estos factores de riesgo varía durante las fases del desarrollo (8, 9).

La modificación del ámbito de actuación, desde la prevención del uso de sustancias a la prevención de los factores de riesgo, ha abierto nuevas posibilidades, especialmente debido a que esta expansión conceptual ha dado lugar a la inclusión de intervenciones aplicadas en las fases iniciales de desarrollo. No obstante, también se ha observado que la exposición a los factores de riesgo (incluso si son extremadamente numerosos) no conduce inevitablemente al uso de sustancias o a una escalada hacia la dependencia. De hecho, los niños criados en ambientes familiares problemáticos en los que hay una gran facilidad para obtener las sustancias pueden alcanzar la edad adulta sin haber experimentado con ellas, debido a la existencia de *factores de protección* que compensan los factores de riesgo existentes (9).

Los factores protectores también se pueden observar en diferentes ámbitos: *a)* individual (p. ej., autoestima elevada o rasgo de personalidad de evitación del riesgo); *b)* familiar (p. ej., la convivencia con proge-

nitores capaces de atender a las necesidades afectivas de sus hijos); *c)* escolar (p. ej., cumplimiento de las tareas escolares); *d)* de compañeros (p. ej., amigos con tolerancia baja al consumo de drogas), y *e)* comunitario (p. ej., redes de apoyo social sólidas). Aunque estos factores pueden proteger al individuo frente a las situaciones de riesgo, no deben ser considerados indicativos de la ausencia de riesgo. Los factores de riesgo indican dónde es necesario intervenir y los factores protectores indican dónde no es necesario hacerlo.

Las intervenciones preventivas deben considerar ambos tipos de factores —de riesgo y protectores—, los cuales pueden ser específicos de la enfermedad o genéricos. Estos últimos son los factores comunes a varios trastornos, como la pobreza y el abuso infantil, y pueden crear una amplia gama de efectos preventivos. Los factores de riesgo y protectores específicos para la enfermedad son los relacionados principalmente con el desarrollo de un trastorno concreto: por ejemplo, la tolerancia social hacia el alcoholismo y la falta de normativa legal respecto a la conducción bajo los efectos del alcohol son factores relacionados específicamente con la probabilidad de accidentes de tráfico asociados al consumo de alcohol (10).

Los factores contextuales genéricos (como la desigualdad, la pobreza, la desorganización social, la inexistencia de servicios sanitarios y sociales, la disponibilidad de sustancias) son determinantes importantes del nivel de uso y de la aparición de problemas (7, 8). Se ha demostrado que, aunque los grupos de población con ingresos económicos mayores son los que muestran un consumo de sustancias también mayor, el abuso de sustancias ejerce un impacto más intenso sobre los grupos sociales pobres, debido a que representa una complicación sobreañadida a sus ya muy numerosos problemas cotidianos (11). Los grupos sociales pueden reducir este problema mediante la integración de las minorías sociales, la provisión de servicios y el refuerzo de las reglas comunitarias (7).

EVIDENCIA PROPORCIONADA POR LA NEUROCIENCIA

El conocimiento más detallado de los mecanismos neurobiológicos subyacentes a la dependencia de las sustancias puede facilitar la aplicación de estrategias mejores para impedir el abuso y la dependencia de las sustancias. En una publicación reciente de la Organización Mundial de la Salud (OMS) acerca de los aspectos neurocientíficos del uso y la dependencia de

sustancias (12) se resumen los avances más recientes en este campo. Las sustancias difieren respecto a los receptores cerebrales específicos sobre los que actúan, aunque también hay coincidencias importantes. La dependencia de sustancias es un trastorno que afecta a los sistemas cerebrales involucrados en la motivación y, a pesar del hecho de que cada sustancia posee sus mecanismos específicos de acción, todas las sustancias que causan dependencia activan el sistema dopaminérgico mesolímbico. Las vías neurales afectadas por las sustancias son las mismas que aparecen implicadas en muchos otros comportamientos del ser humano, como la ingestión de alimentos, las relaciones sexuales o el juego. Sin embargo, las sustancias que causan dependencia difieren de los factores de refuerzo convencionales debido a que sus efectos estimulantes sobre la liberación de dopamina en el *nucleus accumbens* son significativamente más intensos que los causados por los factores de refuerzo naturales, por ejemplo como el alimento (12).

Las sustancias que inducen dependencia tienen el potencial de producir una gama de efectos positivos en las personas que las usan; desde efectos leves, como la reducción del estrés, hasta efectos intensos, como el «chute» asociado al uso de anfetaminas, heroína o cocaína crack. La existencia de los mecanismos de refuerzo es la razón de que los individuos utilicen las sustancias y establezcan un patrón de uso continuo; este uso continuo es una condición necesaria —aunque no suficiente— para el comienzo de la dependencia.

La exposición repetida incrementa los efectos de refuerzo. Este proceso se asocia a cambios importantes en el sistema mesolímbico dopaminérgico. Se producen modificaciones tanto presinápticas (aumento en la liberación de dopamina) como postsinápticas (cambios en la sensibilidad del receptor). Además, tras la sensibilización frente a las anfetaminas y la cocaína también se han observado modificaciones estructurales en las neuronas eferentes del *nucleus accumbens* y de la corteza prefrontal. El paso final en este proceso es la dependencia de la sustancia. Este prolongado proceso de sensibilización puede explicar las recaídas tras períodos considerables de abstinencia de la sustancia (12).

No parece existir una relación lineal entre la cantidad consumida de una sustancia y la gravedad de la dependencia, así como tampoco un único tipo de relación entre el patrón de uso y el inicio de la dependencia. Según los datos existentes, no es posible determinar con antelación las personas que perderán el control y se con-

vertirán en dependientes de una sustancia (12).

Los datos ofrecidos por la neurociencia refuerzan la necesidad de prevenir la experimentación y la escalada desde el uso hasta la dependencia, así como la necesidad de prevenir la exposición repetida limitando la disponibilidad de las sustancias, reduciendo las oportunidades para su consumo y haciendo que el individuo sea más resistente a las sustancias a través de distintas intervenciones psicosociales. Las terapias conductuales actúan sobre los mismos sistemas cerebrales involucrados en la motivación que son afectados por la dependencia de las sustancias y su objetivo es la sustitución de la motivación para el uso de sustancias por la motivación para participar en otras formas de comportamiento (12).

La dependencia está fundamentada en factores individuales, genéticos y sociales que pueden modular los efectos de refuerzo de la primera exposición a las sustancias. Las diferencias genéticas pueden hacer que el uso de las sustancias sea más o menos placentero o repugnante en un individuo concreto; además, pueden influir en el grado de toxicidad de cada sustancia tanto en términos de sobredosis como en términos de efectos crónicos sobre la salud, en la intensidad de los efectos psicoactivos y en la probabilidad de que aparezcan distintos aspectos de la dependencia (12).

Hasta el momento, la investigación genética no ha permitido identificar con antelación a las personas que presentarán dependencia o a las que sólo experimentarán con sustancias, aunque los importantes efectos de modulación que inducen los genes indican la necesidad de aconsejar a individuos con familiares en primer grado que abusan de sustancias con respecto a su susceptibilidad específica.

Una de las posibilidades futuras para mejorar los conocimientos sobre los mecanismos subyacentes a la dependencia de las sustancias es el desarrollo de tratamientos inmunitarios que impidan que las sustancias alcancen el cerebro y causen sus efectos (12). La investigación futura demostrará esta posibilidad.

Los consumidores de sustancias difieren en sus motivaciones para el uso de éstas, lo que, a su vez, influye en las posibilidades de éxito de las distintas formas de intervención. El US National Institute on Drug Abuse (8) ha señalado la existencia de dos amplias categorías: a) individuos que utilizan las sustancias para «sentirse mejor», quizá en la búsqueda de los efectos positivos de las propias sustancias; a menudo, estos individuos son descritos como buscadores de sensaciones; b) individuos que utilizan las sustancias para evi-

tar «sentirse mal», quizá como una forma de autotratamiento. En el primer caso, la prevención debe insistir en el planteamiento de alternativas al uso de las sustancias, mientras que en el segundo caso la prevención se debe concentrar en el tratamiento del trastorno subyacente. A continuación se abordará la relación existente entre el abuso de sustancias y los trastornos mentales.

COMORBILIDAD ENTRE EL ABUSO DE SUSTANCIAS Y LOS TRASTORNOS MENTALES: IMPLICACIONES RESPECTO A LA PREVENCIÓN

A pesar de la frecuente simultaneidad del abuso de sustancias y diversos trastornos mentales, la atención prestada a esta forma de comorbilidad es muy reciente, y los individuos que sufren ambos trastornos son tratados a menudo en contextos asistenciales distintos, lo que influye negativamente en los resultados terapéuticos (2). Cuando un individuo muestra de manera preexistente ansiedad, trastornos afectivos o trastornos de somatización, se ha demostrado que presenta también un nivel elevado de riesgo atribuible de desarrollar una dependencia de sustancias, lo que subraya la función tan importante del tratamiento temprano de los trastornos mentales como estrategia preventiva eficaz.

Según Ghodse (2), se pueden identificar cinco categorías principales de comorbilidad, aunque en lo que se refiere a algunos pacientes puede no ser evidente la categoría a la que pertenecen: a) pacientes con un diagnóstico primario de enfermedad psiquiátrica mayor en los que posteriormente se establece un diagnóstico (secundario) de uso de sustancias que influye de manera adversa en su salud mental; b) pacientes con un diagnóstico primario de dependencia de sustancias asociado a complicaciones psiquiátricas que causan una enfermedad mental; c) pacientes con simultaneidad de un cuadro de uso de sustancias y de un trastorno psiquiátrico, de manera que el primero induce una exacerbación o alteración de la evolución del segundo; d) pacientes con un trastorno psiquiátrico que exagera la evolución del cuadro de uso de sustancias, y e) pacientes con una experiencia traumática subyacente que induce la aparición tanto de un cuadro de uso de sustancias como de un trastorno psiquiátrico.

La OMS (12) ha propuesto cuatro hipótesis neurobiológicas para explicar esta comorbilidad: a) los trastornos relacionados con el uso de sustancias psicoactivas y otros trastornos mentales son expresiones sintomáticas diferentes de las mismas alte-

razones neurobiológicas preexistentes; b) la administración repetida de una sustancia da lugar (posiblemente a través de fenómenos aberrantes o excesivos de neuroadaptación a los efectos agudos de la sustancia) a cambios biológicos que tienen algunos elementos en común con las alteraciones que intermedian en otras enfermedades mentales, tal como la depresión; c) el abuso de sustancias refleja un intento de automedicación para la eliminación de las alteraciones preexistentes, y d) la enfermedad mental y el abuso de sustancias son fenómenos independientes, que sólo coexisten por razones de azar.

Hay también otras posibles razones distintas de las neurobiológicas para explicar esta comorbilidad, como los factores del entorno relacionados con una exposición temprana a la violencia, la crianza en ambientes carentes de afectividad y cariño, la exposición intensa y continuada al estrés, y la inexistencia de redes sociales de apoyo, especialmente si todos estos factores aparecen en entornos socialmente desorganizados en los que hay una disponibilidad fácil de las sustancias.

La comorbilidad del uso de sustancias y de los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad ha sido observada fiablemente con independencia del contexto cultural y de la zona geográfica. En general, la magnitud de la comorbilidad del uso de sustancias y los problemas psiquiátricos es mayor con respecto a la drogadicción que al alcoholismo. Hay un *continuum* en la magnitud de la comorbilidad en función del espectro de la categoría de uso de sustancias (consumo, problemas, dependencia), así como también una relación directa entre el número de trastornos comórbidos y la intensidad del trastorno relacionado con sustancias (13).

Kessler y cols. (14) evaluaron los trastornos mentales como factores predictivos para la aparición de problemas por el uso de sustancias o el inicio de la dependencia. Estos investigadores observaron que La *odds ratio* (razón de probabilidad) para la dependencia oscilaba entre 3,4 y 14 respecto a los trastornos de ansiedad y entre 4,4 y 18,6 respecto a los trastornos del estado de ánimo. La latencia entre el inicio del trastorno mental primario y el inicio del cuadro de dependencia de sustancias mostró una ventana de oportunidad para la aplicación de intervenciones preventivas: en la mayor parte de los trastornos mentales este período de latencia fue de 5 a 8 años. Los trastornos mentales fueron factores predictivos menos potentes del inicio en el uso de sustancias que de la progresión desde el uso de sustancias hasta los cuadros de problemas por uso de sustancias y desde éstos hasta los cuadros de de-

pendencia de las sustancias. Los trastornos mentales primarios se asociaron a aproximadamente la mitad de los casos de dependencia de sustancias: el 54 % en los varones y el 48 % en las mujeres.

ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN BASADAS EN LA EVIDENCIA

El interés reciente por la documentación de los resultados de los programas de prevención ha dado lugar al establecimiento de algunos principios generales relativos a la prevención del uso de sustancias. En general, los programas multifactoriales (escuela, familia, comunidad) han demostrado ser los más eficaces (8), especialmente si no se centran en la insistencia sobre lo que está prohibido o es peligroso, sino que forman parte de un enfoque amplio centrado en los estilos de vida saludables (2). Se ha demostrado que, en sí misma, la información es insuficiente: los programas escolares más utilizados han dado buenos resultados en cuanto a la modificación del conocimiento y de las actitudes, pero los cambios sostenidos son más difíciles de conseguir. Se han obtenido resultados mejores en los programas que han incluido componentes de aprendizaje de destrezas, así como los programas que han intervenido en más de uno de los pasos de la cadena que va desde la disponibilidad de la sustancia a la aparición de oportunidades para su uso, la experimentación, el consumo continuo, los diferentes niveles de dependencia y la abstinencia (8).

El US National Institute of Drug Abuse (8) ha desarrollado una lista de principios para la prevención, extraídos de los estudios de investigación a largo plazo sobre el origen de los comportamientos de abuso de sustancias y sobre los elementos comunes de los programas de prevención eficaces. Estos principios son los siguientes: a) los programas de prevención deben potenciar los factores protectores y reducir o eliminar los factores de riesgo (el impacto potencial de los factores específicos, de riesgo y protectores, cambia con la edad: la intervención temprana sobre los factores de riesgo da lugar a menudo a un impacto mayor que la intervención tardía sobre éstos, debido a que modifica el rumbo que toma la vida del niño, alejándolo de estos problemas y dirigiéndolo hacia los comportamientos positivos; aunque los factores de riesgo y los factores protectores pueden afectar a las personas de todos los grupos, su efecto puede ser distinto según la edad, el sexo, el origen racial, el contexto cultural y el ambiente social de cada persona); b) los programas se deben diseñar para abordar los riesgos de grupos de población

específicos; c) los programas de prevención se deben implementar a largo plazo, con intervenciones repetidas (es decir, con programas de recuerdo), a fin de reforzar los objetivos de prevención originales.

PREVENCIÓN DEL ALCOHOLISMO Y DE LOS PROBLEMAS RELACIONADOS

La situación legal del alcohol plantea dificultades específicas y también la posibilidad de dirigir la prevención principalmente hacia la introducción de medidas que regulen la disponibilidad del alcohol, manteniéndola en márgenes razonablemente aceptables. Las medidas para el control del alcohol son a menudo impopulares y, por lo tanto, difíciles de incorporar en la política pública. Una de las dificultades principales es el hecho de que estas medidas pueden afectar a los intereses económicos de los gobiernos y la industria que, en muchos casos, prevalecen sobre las consideraciones de salud pública y, por lo tanto, sobre el bienestar de la sociedad.

Durante el decenio de 1980, el alcoholismo comenzó a ser contemplado desde una perspectiva de salud pública, centrada en los problemas de salud asociados al abuso de alcohol, y se propusieron iniciativas para controlar las bebidas alcohólicas tanto en el ámbito individual como en el social. Los problemas del alcohol ya no se atribuyeron a los propios alcohólicos, sino que se consideró que estos problemas procedían de los patrones de uso del alcohol por parte de los grupos de población en su conjunto. Se demostró que los problemas asociados al alcoholismo tenían una prevalencia mayor en los grupos sociales que presentaban tasas de abstinencia elevadas y un consumo frecuente bajo: el consumo se distribuía en pocas ocasiones, pero en grandes cantidades en cada una de ellas. Los accidentes de tráfico y otros problemas relacionados con el alcohol se asociaron con mayor frecuencia a los episodios de intoxicación que a la propia dependencia del alcohol (15-17). En estos estudios también se demostró que las normas sociales desempeñaban un papel de mediación importante entre la disponibilidad del alcohol y los problemas asociados al abuso de alcohol.

Todas estas pruebas dieron lugar a la aplicación de una normativa social como forma de prevención de los problemas. Varios países aplicaron las lecciones aprendidas de la prohibición, adoptando medidas que pudieran reducir el problema, pero evitando las situaciones extremas que anteriormente habían dado lugar a problemas sociales considerables. Las restricciones en

la disponibilidad ganaron popularidad y dieron lugar a una disminución en la incidencia de las hepatopatías y de los accidentes de tráfico (18, 19).

Se restableció la confianza en los tratamientos cuando las pruebas obtenidas en estudios bien diseñados demostraron que el incremento en el acceso al tratamiento reducía la mortalidad por cirrosis hepática (20, 21). Recientemente, al tiempo que se obtuvieron pruebas de que el consumo de cantidades pequeñas de alcohol disminuye el riesgo de algunas enfermedades e incrementa la esperanza de vida (22), se hicieron muy populares el control del consumo de alcohol y la educación respecto a los límites seguros de este consumo.

Varios grupos han analizado los efectos beneficiosos y contraproducentes de las distintas medidas de control (23, 24). Las medidas más eficaces han sido las relacionadas con la *limitación de la disponibilidad* del alcohol, siendo las más efectivas los incrementos en los precios a través de los impuestos sobre el alcohol, siempre que los gobiernos puedan controlar la producción y distribución, aunque el incremento del precio también puede dar lugar a la aparición de un mercado negro. Otra medida que, aplicada adecuadamente, ha demostrado resultados positivos es el establecimiento de limitaciones adicionales: una edad legal mínima para el consumo de bebidas con posibilidad de demandar a los comerciantes que sirven a menores, restricciones relativas a las horas y días de venta de alcohol y diferencias en la disponibilidad de bebidas según su graduación alcohólica.

También se ha demostrado que es eficaz la normativa legal relativa al *alcohol durante la conducción*. Las medidas como la disminución de los límites legales del alcohol en sangre, que podrían llegar hasta el nivel cero en el caso de los conductores jóvenes, la realización aleatoria de pruebas de alcoholemia en los conductores y el establecimiento de puntos de comprobación de la sobriedad en las carreteras también han sido refrendadas por los resultados obtenidos en distintos estudios. Los programas de intervención para ser aplicados en los puntos de dispensación de bebidas alcohólicas, que pueden incluir la formación de las personas que sirven las bebidas para identificar los patrones de intoxicación y evitar la provisión de bebidas en caso necesario, así como para manejar de manera más eficaz las situaciones de agresión, han demostrado un impacto moderado tras su implementación. Las *intervenciones terapéuticas tempranas*, incluyendo el tratamiento obligatorio de los conductores recidivantes en situaciones de alcoholismo, también han demostrado ser eficaces para

disminuir las consecuencias relacionadas con el alcohol así como los costes económicos tanto para el individuo como para su familia y la sociedad en su conjunto. La *regulación de la promoción*, más habitual en los medios de comunicación masiva, mediante los anuncios de advertencia o el control de los contenidos de los anuncios del alcohol, producen un cierto efecto si se efectúa una constante supervisión. Se ha demostrado que las *medidas educativas y de persuasión*, como la educación sobre el alcohol en los colegios y las universidades, así como las etiquetas de advertencia en los productos alcohólicos, pueden modificar el conocimiento y las actitudes, aunque no inducen un efecto sostenido sobre el consumo de bebida. Los mejores resultados se han conseguido a través de la integración de estas distintas políticas.

CONCLUSIONES

Hay información suficiente para orientar las iniciativas de prevención del abuso de sustancias. Los psiquiatras pueden desempeñar un papel clave en el desarrollo de actividades idóneas para la prescripción de medicamentos con potencial de dependencia. El tratamiento de los trastornos mentales de inicio temprano, la detección de las situaciones de uso de sustancias en los pacientes y la provisión de recomendaciones puedan ser medidas útiles que reduzcan la intensidad del problema. A pesar de los avances realizados en este campo, hay todavía una necesidad urgente de desarrollar estrategias preventivas más eficaces, brindando un apoyo especial a la investigación multidisciplinar que incluya la evaluación de los programas de intervención. Las estrategias de prevención mejores pueden estar fundamentadas en el aprendizaje de la forma en la cual la experiencia modifica el cerebro y en el conocimiento de la interdependencia existente entre la vulnerabilidad genética y el desarrollo, especialmente entre los niños y los adolescentes expuestos a las situaciones de uso de sustancias.

World Psychiatry 2005; 3: 25-30

Bibliografía

1. Sulkunen P. Drinking patterns and the level of alcohol consumption. An international overview. In: Gibbins RJ, Israel Y, Kalant H (eds). *Research advances in alcohol and drug problems*, Vol. 3. New York: Wiley, 1976:223-81.
2. Ghodse H. *Drugs and addictive behavior. A guide to treatment*, 3rd ed. Cambridge: Cambridge University Press, 2002.

3. United Nations Drug Control Program. Twentieth general assembly special session. World drug problem. New York, June 1998.
4. Gordon R. An operational classification of disease prevention. In: Steinberg JA, Silverman MM (eds). *Preventing mental disorders: a research perspective*. Rockville: US Department of Health and Human Services, 1987:20-6.
5. Institute of Medicine. *Reducing risks for mental disorders: frontiers for preventive intervention research*. Washington: National Academy Press, 1994.
6. Brunelle E. Etude de suivi d'une série de 69 patients consommateurs de substances psychoactives sous thérapeutique de substitution (buprenorphine). Thèse pour l'obtention du doctorat en médecine, Lille, 1996.
7. World Health Organization. *Prevention of mental disorders. Effective interventions and policy options. Summary report*. Geneva: World Health Organization, 2004.
8. National Institute on Drug Abuse. *Preventing drug use among children and adolescents. A research-based guide*. NIH Publication No. 97-4212, Rockville, 1997.
9. Villatoro J, Medina-Mora ME, Juarez F et al. Drug use pathways among high school students of Mexico. *Addiction* 1998;93: 1577-88.
10. Borges G, Cherpitel C, Medina-Mora ME et al. Alcohol consumption in emergency room patients and the general population: a population-based study. *Alcohol Clin Exp Res* 1998;22:1986-91.
11. Medina-Mora ME, Natera G, Borges G et al. Del siglo XX al tercer milenio. Las adicciones y la salud pública: drogas, alcohol y sociedad. *Salud Mental* 2001; 24:3-19.
12. World Health Organization. *Neuroscience of psychoactive substance use and dependence*. Geneva: World Health Organization, 2004.
13. Merikangas KR, Mehta RL, Molnar BE et al. Comorbidity of substance use disorders with mood and anxiety disorders: results of the International Consortium of Psychiatric Epidemiology. *Addict Behav* 1998;23:893-907.
14. Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Andrade L et al. Mental-substance comorbidities in the ICPE surveys. *Psychiatria Fennica* 2001;32(Suppl. 2):62-79.
15. Medina-Mora ME, Borges G, Villatoro J. The measurement of drinking patterns and consequences in Mexico. *Journal of Substance Abuse* 2000;12:183-96.
16. Rehm J, Monteiro M, Room R et al. Steps towards constructing a global comparative risk analysis for alcohol consumption: determining indicators and empirical weights for patterns of drinking, deciding about theoretical minimum, and

- dealing with different consequences. *Eur Addict Res* 2001;7:138-47.
17. Cherpitel C, Pares A, Rodes J et al. Drinking in the injury event: a comparison of emergency room populations in the United States, Mexico and Spain. *Int J Addict* 1993;28:931-43.
 18. Moore M, Gerstein D. Alcohol and public policy: beyond the shadow of prohibition. Washington: National Academy Press. 1981.
 19. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. 10th Special report to the U.S. Congress on alcohol and health. Highlights from current research. Washington: Secretary of Health and Human Services, 2000.
 20. Smart RG, Mann RE. Are increase in treatment levels and Alcoholics Anonymous membership large enough to reduce liver cirrhosis rates. *Br J Addict* 1990;85:1291-8.
 21. Holder HD, Blose JO. The reduction of health care costs associated with alcoholism treatment: a 14-year longitudinal study. *J Stud Alcohol* 1992;53:293-302.
 22. Doll R. The benefit of alcohol in moderation. Presented at the 2nd International Conference on Drinking Patterns and Their Consequences, Perth, January/February 1998.
 23. Edwards G, Anderson P, Babor TF et al. Alcohol policy and the public good. Oxford: Oxford University Press, 1994.
 24. Babor T, Caetano R, Casswell S et al. Alcohol, no ordinary commodity: research and public policy. Oxford: Oxford University Press, 2003.

La función de los psiquiatras en la prevención del uso y la dependencia de sustancias psicoactivas: más allá de la práctica clínica

VLADIMIR B. POZNYAK

Department of Mental Health and Substance Abuse,
World Health Organization, Geneva, Switzerland

Lamentablemente, el uso de sustancias psicoactivas y los trastornos relacionados con sustancias se mantienen todavía en la periferia del interés de los psiquiatras y de los profesionales de la salud mental en muchas partes del mundo. La separación existente entre los servicios de tratamiento psiquiátrico y de tratamiento de los cuadros de uso de sustancias y las instituciones de investigación, existentes —por ejemplo— en Estados Unidos y la Federación Rusa, complica todavía más el problema. Además, esta situación contrasta con la evidencia del problema asociado al uso de sustancias psicoactivas y con la capacidad de los psiquiatras y sus asociaciones profesionales para contribuir a su reducción.

Según el informe World Health Report 2002 (1), el 8,9 % del problema global constituido por la enfermedad y expresado en términos de pérdida de años de vida ajustados por discapacidad (DALY, *disability adjusted life years*) se puede atribuir al uso de sustancias psicoactivas. El tabaco y el alcohol son los responsables de la mayor parte (8,1 %) del problema; además, el alcohol es el primer factor de riesgo para la salud en los países en vías de desarrollo con mortalidad baja. El tabaco, el alcohol y las drogas son los responsables del 12,4 % de la mortalidad mundial. En algunos países europeos, como Escocia y España, los fallecimientos relacionados únicamente con el uso de opiáceos representa hasta el 25-33 % de la mortalidad en los varones jóvenes (15-39 años) (2). La consecuencias sociales negativas del uso del alcohol y las drogas, como los delitos, la violencia o los accidentes de tráfico, hacen que el problema social sea todavía mayor. El consumo de drogas mediante inyección, a menudo asociado a un problema de dependencia (sobre todo de dependencia de opiáceos), representa uno de los factores de sustentación de la epidemia por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)/síndrome de inmunodeficiencia adquirida

(SIDA) en muchos países de Europa, Asia, Oriente Medio y América del Norte y del Sur, de manera que se ha estimado que el número de usuarios de drogas mediante inyección en todo el mundo es de alrededor de 13,2 millones de personas (3). Entre 1990 y 1998, este grupo de adictos constituyó el grupo mayoritario entre los casos de SIDA diagnosticados en Europa Occidental; desde 2001 constituyó también, con mucha diferencia, el grupo mayoritario en los países de Europa Oriental (4). A menudo, la epidemia de drogadicción se ha continuado con la epidemia de infección por VIH, de manera que la prevención adecuada y a tiempo del uso de las drogas posiblemente podría haber prevenido la progresión espectacular de la infección por VIH/SIDA. La prevención del uso de sustancias psicoactivas y de los trastornos relacionados se ha convertido en una de las prioridades principales de la salud pública.

Sin embargo, tal como señala correctamente Medina-Mora, aunque nadie discute la importancia de la prevención, no es fácil el consenso respecto a las estrategias preventivas, sobre todo cuando la evidencia obtenida respecto a la efectividad de algunos de los abordajes preventivos más populares (como las intervenciones escolares orientadas a la abstinencia) no ha sido muy convincente (5) y cuando algunas de las estrategias eficaces (como la regulación de la disponibilidad física y económica del alcohol) no han sido implementadas adecuadamente debido a distintas razones (6).

El desarrollo de estrategias globales, eficaces y sostenibles para la prevención del uso y la dependencia de las sustancias requiere un compromiso sólido por parte de los profesionales sanitarios. Los psiquiatras deben atender las consecuencias más graves que sobre la salud causa el uso de sustancias psicoactivas, así como los trastornos psiquiátricos relacionados con este uso; por su formación profesional, conocen los efectos del uso de sustancias y los mecanismos de dependencia, así como su prevención y tratamiento. Todo ello los coloca en una clara posición de ventaja en el conjunto de los profesionales sanitarios y determina que estén capacitados para de-

sempeñar funciones importantes en el área de la prevención del uso y dependencia de sustancias. Es evidente la función que pueden desempeñar los psiquiatras en la prevención secundaria, dirigida hacia la identificación y tratamiento tempranos del abuso y la dependencia de sustancias, así como en la prevención terciaria, dirigida hacia la rehabilitación de las personas con dependencia de sustancias. En lo que se refiere a la prevención primaria de los trastornos relacionados con sustancias, vale la pena mencionar el hecho de que la prevención de la intoxicación aguda constituye un objetivo legítimo, teniendo en cuenta que la intoxicación aguda constituye una categoría diagnóstica incluida tanto en la CIE-10 como en el DSM-IV. Esta intervención es especialmente apropiada con respecto al alcohol, teniendo en cuenta el enorme problema que constituye la intoxicación alcohólica aguda. La prevención de la intoxicación alcohólica, es decir, la modificación de los hábitos de vida en las personas y en los grupos sociales, constituye un objetivo importante de la prevención primaria de los trastornos relacionados con el alcohol.

Dado el limitado número de psiquiatras formados en esta temática que ejercen en muchos de los países con menos recursos, es imprescindible ir más allá de la práctica clínica para conseguir un impacto significativo sobre la salud pública en lo relativo al problema relacionado con las sustancias. Es clave que los psiquiatras se impliquen intensamente en la educación y la formación de otros profesionales sanitarios y en el apoyo a éstos, sobre todo los de asistencia primaria, con objeto de aumentar su capacidad para identificar y tratar los trastornos relacionados con sustancias en sus pacientes. Al mismo tiempo que los psiquiatras, los profesionales sanitarios también desempeñan una función importante en la comunicación a la sociedad de los riesgos asociados al uso de sustancias psicoactivas y también de sus patrones específicos.

Medina-Mora subraya un aspecto clave de la función que desempeñan los psiquiatras en el uso racional de los fármacos que pueden causar dependencia. Hay otras áreas en las que los psiquiatras y sus asociaciones profesionales pueden contribuir a la prevención del uso y de la dependencia de las sustancias. Una de ellas es la promoción y el desarrollo de los conceptos basados en la evidencia relativos a los trastornos relacionados con sustancias, así como en lo que se refiere a las estrategias eficaces de prevención y tratamiento fundamentadas en los resultados obtenidos en estudios de investigación, que no se limitan únicamente al tratamiento de la dependencia de sustancias sino que incorporan una amplia gama de

intervenciones preventivas; entre ellas, las medidas que van más allá del sector sanitario y las dirigidas hacia la reducción de los perjuicios asociados al uso continuado de sustancias.

La función que pueden desempeñar los psiquiatras y sus asociaciones profesionales en la reducción del problema constituido por los trastornos relacionados con sustancias aún no ha sido plenamente asumida.

Bibliografía

1. World Health Organization. The world health report 2002. Reducing risks, promoting healthy life. Geneva: World Health Organization, 2002.
2. European Monitoring Centre for Drugs

and Drug Addiction. National prevalence estimates of problem drug use in the European Union, 1995-2000. Final report. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2003.

3. Aceijas C, Stimson G, Hickman M et al. Global overview of injecting drug use and HIV infection among injecting drug users. *AIDS* 2004;18:2295-303.
4. European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS. HIV/AIDS surveillance in Europe. www.eurohiv.org.
5. Hawks D, Scott K, McBride N. Prevention of psychoactive substance use: a selected review of what works in the area of prevention. Geneva: World Health Organization, 2002.
6. World Health Organization. Global status report: alcohol policy. Geneva: World Health Organization, 2004.

Prevención del abuso de sustancias: estrategias de carácter práctico para los psiquiatras del siglo XXI

PETER SELBY, FRANCO J. VACCARINO

Centre for Addiction and Mental Health and University of Toronto, Toronto, Ontario, Canada

Las estrategias para la promoción de la salud y la prevención requieren intervenciones tanto en el ámbito de la población general como en el ámbito individual. En términos generales, se acepta la validez del concepto de que una pizca de prevención es mejor que una curación. Sin embargo, la evidencia obtenida hasta el momento acerca de la eficacia de estas estrategias es controvertida.

Los nuevos conocimientos relativos a la biología y la genética del uso de sustancias y de los trastornos relacionados con sustancias pueden ser útiles para el desarrollo en nuestro siglo de abordajes preventivos de carácter innovador. Se han realizado varios estudios preliminares en seres humanos para intentar establecer la seguridad y la eficacia de las vacunas frente a la cocaína y a la nicotina. ¿Qué papel podrían desempeñar estas estrategias de vacunación en la prevención de los trastornos adictivos? (1).

María Elena Medina-Mora subraya la importancia del conocimiento de la interrelación entre los determinantes biopsicosociales de los trastornos adictivos y aclara el ámbito de las estrategias de prevención, más allá de la prevención puramente primaria. Los pacientes que sufren simultáneamente trastornos de adicción y trastornos de la sa-

lud mental constituyen un problema difícil para el clínico que pretende implementar estrategias preventivas eficaces (2). Mediante un enfoque amplio de la prevención, los clínicos—incluyendo los psiquiatras—pueden desempeñar una función importante en la prevención dentro del contexto de los problemas de comorbilidad. Pueden evaluar de manera sistemática a sus pacientes para la detección de problemas subclínicos y para intervenir de forma temprana, pueden realizar prescripciones medicamentosas de manera segura con objeto de impedir cuadros de dependencia de origen yatrógeno, pueden vacunar a los pacientes de riesgo alto frente a los virus de las hepatitis A y B, y pueden aconsejar a los pacientes respecto a las prácticas seguras de inyección, a la interrupción del consumo de cigarrillos, al uso de preservativos y a la evitación de actividades sexuales de riesgo alto. También pueden facilitar la realización de pruebas para el diagnóstico de infección por el VIH, tuberculosis y otras enfermedades de transmisión sexual.

Las lecciones extraídas de las estrategias de control del alcohol se pueden aplicar también a otras sustancias. La prohibición dio lugar a más problemas de los que resolvió, pero un abordaje integrado, que combine las características del contexto y una reevaluación de las normas sociales para la prevención del consumo peligroso, ha permitido reducir los problemas. En conjunto, el objetivo respecto a los bebedores problemáticos quizá

deba ser el de reducir el problema de la enfermedad más que la atención exclusiva a los pacientes que muestran una dependencia grave. En un estudio realizado sobre 42 clínicas de medicina de familia, con un total de 15.686 pacientes, se identificaron 105 bebedores problemáticos que fueron asignados aleatoriamente a un grupo en el que se realizó un total de 3 horas de sesiones de consejos de orientación a lo largo de un año, o bien a un grupo en el que sólo se recomendó la interrupción de la bebida. Los consejos de orientación dieron lugar a una reducción del 70 % en el consumo de alcohol, con una mejora significativa del funcionamiento psicosocial, de las lesiones hepáticas y del uso de los recursos sanitarios (3).

Los psiquiatras también deben defender intensamente la adopción de políticas eficaces de prevención. Por ejemplo, en Canadá, la legislación para eliminar el binomio de alcohol y conducción de vehículos dio lugar a una reducción del 18 % en los fallecimientos de conductores bebidos (4). Además, los bebedores ligeros o moderados mostraron una incidencia mayor de abstención de la bebida antes de conducir tras la introducción de la normativa que sancionaba con una suspensión del carné de conducir durante 3 meses a los conductores con concentraciones de alcohol en el aire respirado superiores a 80 mg % (5). Hay pruebas de que también pueden dar buenos resultados las intervenciones de carácter global dirigidas hacia grupos de población específicos, como las bebedoras embarazadas. En el Washington State, la aplicación de estrategias diagnósticas y preventivas globales redujo la incidencia del espectro del síndrome alcohólico fetal, con implicaciones enormes tanto para los niños como para la sociedad en su conjunto (6).

El buen resultado de las intervenciones tempranas y de la prevención secundaria se basa en la capacidad y la voluntad de los profesionales sanitarios de primera línea para implementar las intervenciones fundamentadas en la evidencia, con objeto de reducir el problema sanitario asociado al uso de sustancias. Además, en el milenio actual, los clínicos también deben ser conscientes de las nuevas estrategias relativas a la prevención del abuso de sustancias y deben defender la aplicación de políticas preventivas eficaces.

Bibliografía

1. Katak KM. Vaccines against drugs of abuse: a viable treatment option? *Drugs* 2003;63:341-52.
2. Mueser KT, Drake RE, Wallach MA. Dual diagnosis: a review of etiological theories. *Addict Behav* 1998;23:717-34.
3. Israel Y, Hollander O, Sanchez-Craig M et al. Screening for problem drinking and

counseling by the primary care physician-nurse team. *Alcohol Clin Exp Res* 1996;20:1443-50.

4. Asbridge M, Mann RE, Flam-Zalcman R et al. The criminalization of impaired driving in Canada: assessing the deterrent impact of Canada's first per se law. *J Stud Alcohol* 2004;65:450-9.

5. Mann RE, Smart RG, Stoduto G et al. The effects of drinking-driving laws: a test of the differential deterrence hypothesis. *Addiction* 2003;98:1531-6.

6. Astley SJ. Fetal alcohol syndrome prevention in Washington State: evidence of success. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2004;18:344-51.

políticas. La única excepción es el consumo de cigarrillos, respecto al cual ha habido un «cierto éxito» en la prevención del abuso, aunque sólo en los países con niveles suficientes de concienciación acerca del riesgo; al mismo tiempo, el mercado de los cigarrillos se ha desplazado con éxito a los países en vías de desarrollo (3). Parece como si la prevención del abuso de sustancias sólo puede tener éxito cuando las cuestiones de promoción de la salud y de protección del consumidor adquieren relevancia para la política sanitaria y para la población general.

Finalmente, no puede haber una prevención eficaz sin el conocimiento acerca de las razones por las que las sustancias de abuso son tan atractivas y sobre la forma en que la mayor parte de las personas las utiliza sin llegar a perder el control y sin tener consecuencias negativas. Los resultados recientes de la investigación cerebral han demostrado cómo el estrés incrementa el riesgo de aparición de cuadros de dependencia de sustancias (4); además, el modelo teórico de «autoayuda» (consumo de drogas para el alivio del estrés y la potenciación de la experiencia emocional) se está beneficiando para el concepto de que los comportamientos adictivos son sólo una forma especial del proceso de aprendizaje. La prevención puede sacar provecho de la investigación acerca de la forma en que las personas, especialmente las jóvenes, aprenden a protegerse frente a los riesgos del uso de sustancias (5). Sin embargo, en última instancia, la prevención de los cuadros de abuso de sustancias tiene posibilidades limitadas en un contexto de desigualdad económica creciente, entre los países y dentro de los mismos países, y de una gran inseguridad respecto al futuro (6).

AMBROS UCHTENHAGEN

Addiction Research Institute at University of Zürich, Switzerland

Hay dos fenómenos importantes que se pueden observar en el campo de la prevención del uso y abuso de sustancias: por una parte, el reconocimiento cada vez mayor de la necesidad de evaluar sistemáticamente los efectos de las intervenciones preventivas, así como un conocimiento cada vez más detallado de «lo que funciona»; por otra parte, un cuadro bastante desagradable y decepcionante del incremento en el uso de sustancias en todo el mundo, con consecuencias sociales y sanitarias negativas significativas. ¿Qué es lo que no funciona?

La investigación ha arrojado luz sobre una amplia gama de factores de riesgo para el comienzo del uso de sustancias, la continuación del uso, el abuso y la dependencia. La investigación sobre los factores protectores se ha situado cada vez más en primera línea, y las intervenciones se han empezado a centrar en el refuerzo de estos factores de protección. Las acciones comunitarias concertadas, la prevención en los ámbitos laborales y el trabajo con familias multiproblemáticas son sólo algunos de los aspectos clave que complementan las campañas de concienciación y los programas escolares que se aplicaban anteriormente, cuyo objetivo era más «hacer algo respecto a la prevención» que hacer algo fundamentado en la evidencia de la eficacia. Las estrategias de reconocimiento e intervención tempranas, dirigidas hacia la reducción de los consumos peligrosos y graves más que hacia la abstinencia, han dado lugar a la publicación de manuales de práctica asistencial así como a la realización de un número cada vez mayor de estudios de evaluación. En un sentido amplio, la reducción de los riesgos y la disminución de las consecuencias negativas por el uso de sustancias ha alcanzado una importancia similar a la de la prevención de su uso o a la de la anticipación del profe-

sional al inicio de este uso por parte del paciente.

La evaluación de las estrategias preventivas ha formado parte de la orientación basada en la evidencia; se han publicado protocolos de evaluación, y en diversas revisiones se han analizado los conocimientos existentes. Sin embargo, a pesar de las pruebas cada vez más abundantes respecto a los métodos para evitar o reducir las consecuencias negativas del uso de sustancias, este problema y los trastornos relacionados son cada vez mayores en muchos países. El consumo peligroso y nocivo del alcohol está especialmente al alza tanto en los países en vías de desarrollo como en los países de Europa Oriental (1). Se están detectando aumentos importantes en la drogadicción mediante inyección, con todos los riesgos sanitarios y sociales que ello conlleva: la inyección de opiáceos está aumentando especialmente en los países de Europa Oriental así como en los del sur y el sureste asiático, lo cual está incrementando la incidencia de infecciones transmitidas por la sangre, como la causada por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y por los virus de la hepatitis; la inyección de anfetaminas es cada vez más frecuente en muchas regiones del mundo (2).

La implementación de las estrategias de prevención disponibles en esta área es muy deficiente. Podemos mencionar algunos factores que contribuyen a esta falencia en la implementación. La mayor parte de los datos procedentes de los estudios de investigación se refiere a las economías de mercado de tipo occidental, de forma que es necesaria la comprobación de su aceptabilidad y aplicabilidad en los países en vías de desarrollo. Las estrategias deben tener especificidad respecto al contexto cultural y deben estar dirigidas. En lo que se refiere a las sustancias legales, las estrategias de prevención económicamente más rentables (incremento de los impuestos, limitación de la disponibilidad, reducción de la publicidad) no son muy populares y no ocupan un lugar destacado en las agendas

Bibliografía

1. World Health Organization. Global status report on alcohol. Geneva: World Health Organization, 1999.
2. United Nations Drug Control Programme. Global illicit drug trends. Vienna: United Nations Drug Control Programme, 2000.
3. World Health Organization. The world health report 2002. Geneva: World Health Organization, 2002.
4. Volkow N, Fowler JS, Wang GJ. The addicted human brain: insights from imaging studies. *J Clin Invest* 2003;111:1444-51.
5. Calafat A (ed.). Risk and control in the recreational culture. Palma de Mallorca: Irefrea, 2001.
6. World Health Organization. The world health report 2001. Geneva: World Health Organization, 2001.

Intervención sobre el abuso de sustancias en Sudáfrica

CHARLES D.H. PARRY

Alcohol and Drug Research Unit, Medical Research Council and Department of Psychology, University of Stellenbosch, South Africa

María Elena Medina-Mora subraya los avances realizados en investigación psicosocial y en neurociencia que representan vías prometedoras para la intervención sobre el abuso de sustancias. Además, esta autora también revisa los avances en los conocimientos relativos a las distintas formas de la vulnerabilidad individual, a los factores de riesgo y protectores para el abuso de sustancias, a la comorbilidad relacionada con los trastornos mentales y a los programas de intervención basados en la evidencia y constituidos por componentes múltiples. Este comentario incluye una reflexión sobre estas cuestiones con referencia a Sudáfrica.

Durante el año 2000, en este país se estableció un organismo de coordinación multisectorial (la Central Drug Authority) con el objetivo de que supervisara la implementación del National Drug Master Plan (1). Para garantizar un abordaje integrado de los problemas planteados por el abuso de sustancias, el plan obliga a los departamentos gubernamentales a establecer miniplanes de control de fármacos así como a establecer foros provinciales de fármacos y comités locales para el estudio de los efectos de los fármacos. En línea con las recomendaciones de Naciones Unidas (2), el plan también reconoce la importancia de la investigación como referencia para la normativa política y la práctica asistencial. Durante los últimos años se han realizado encuestas nacionales con preguntas relativas al comportamiento respecto al uso de sustancias (3, 4) y se han implementado sistemas de vigilancia sobre las demandas de tratamiento y sobre la mortalidad relacionada con el alcohol (5, 6). El Medical Research Council también ha evaluado los factores de riesgo y los factores protectores respecto al uso y abuso de sustancias por los adolescentes (7, 8). Para reforzar la base de investigación que fundamente la normativa política y la práctica asistencial del abuso de sustancias en Sudáfrica es necesario, en primer lugar, abordar diversas áreas deficitarias, tales como los proyectos de comprobación centrados en la intervención y las auditorías sistemáticas de los servicios de tratamiento y de los programas de prevención.

Los servicios de tratamiento para los problemas planteados por el abuso de sustancias no han crecido al ritmo del incremento de la demanda, especialmente por parte de los pacientes más jóvenes (5). El plan para reducir los servicios asistenciales terciarios incrementando al mismo tiempo los primarios no ha llegado a ser implementado y los servicios existentes son insuficientes para cubrir la demanda, están irregularmente distribuidos desde el punto de vista geográfico y aparecen fragmentados entre los sectores del bienestar sanitario y el bienestar social (9). Los problemas de salud mental asociados al abuso de sustancias son tratados por separado y por servicios que no están integrados. También se ha puesto en evidencia que existen falencias en la provisión de servicios postasistenciales (10). Aparte de las iniciativas tomadas por algunas organizaciones no gubernamentales para formar a los jóvenes respecto a los efectos de las drogas, y de la aplicación limitada de fármacos de sustitución en los pacientes heroínómanos, se ha prestado una atención muy escasa a la reducción de este problema. Muchos programas terapéuticos no son operativos según los modelos de tratamiento basados en la evidencia. Como hecho positivo, cabe señalar que recientemente se ha completado una iniciativa para el desarrollo de normas y estándares dirigidos a los centros hospitalarios, y también se han dado pasos para la aplicación de protocolos de tratamiento de desintoxicación en los hospitales de nivel secundario (9-11).

Además, se han efectuado progresos en la promoción de la «buena práctica» en el área de prevención. Por ejemplo, con fondos de Naciones Unidas se han desarrollado protocolos de buena práctica para los programas de prevención dirigidos hacia los jóvenes (12). No obstante, muchas iniciativas todavía se rigen por prácticas ya desactualizadas, como las charlas en los colegios en las que en ocasiones se utiliza la táctica del miedo. Además, la mayor parte de las iniciativas se centra en un único componente. Específicamente en lo que se refiere al alcohol, se han implementado iniciativas centradas en grupos seleccionados (p. ej., mujeres embarazadas) y en la población general (p. ej., mediante el incremento de los impuestos sobre el alcohol) (9). Se están desarrollando nuevas iniciativas para restringir la publicidad sobre el alcohol, para introducir mensajes de advertencia

en las etiquetas de las botellas y para implantar una política coherente con respecto a la venta del alcohol en el ámbito provincial (9).

En lo que se refiere a la reducción de la oferta de drogas, el gobierno de Sudáfrica ha implementado recientemente varios cambios políticos y prácticos, como el establecimiento de programas para controlar mejor la importación y fabricación de precursores químicos, para controlar con mayor detalle los procedimientos bancarios de manera que sea más difícil el «lavado de dinero», y para la persecución más intensa de las personas implicadas en el crimen organizado utilizando el recurso de la confiscación de las provisiones.

En conclusión, durante el último decenio se han efectuado algunos progresos en Sudáfrica, aunque todavía queda mucho por hacer para conseguir que los avances descritos por Medina-Mora queden reflejados tanto en la normativa política como en la práctica asistencial.

Bibliografía

1. Drug Advisory Board. National drug master plan 1999-2004. Pretoria: Department of Welfare of South Africa, 1999.
2. United Nations International Drug Control Programme. Political declaration: guiding principles of drug demand reduction and measures to enhance international cooperation to counter the world drug problem. Vienna: United Nations International Drug Control Programme, 1998.
3. Parry CDH, Plüddemann A, Steyn K et al. Alcohol use in South Africa: findings from the first demographic and health survey (1998). *J Stud Alcohol* (in press).
4. Reddy SP, Panday S, Swart D et al. Umthente Uhlaba Usamila – The South African youth risk behaviour survey 2002. Cape Town: South African Medical Research Council, 2003.
5. Myers B, Parry CDH, Plüddemann A. Indicators of substance abuse treatment demand in Cape Town, South Africa (1997-2001). *Curationis* 2004;5:27-31.
6. Matzopoulos R, Seedat M, Marais S et al. A profile of fatal injuries in South Africa: a platform for safety promotion. *MRC Policy Brief* 2004;2:1-8.
7. Morojele NK, Flisher AJ, Muller M et al. Measurement of risk and protective factors for drug use and anti-social behaviour among high school students in South Africa. *J Drug Educ* 2002;32:25-39.
8. Parry CDH, Morojele NK, Flisher AJ et al. Social and neighbourhood correlates of adolescent drunkenness: a pilot study in Cape Town, South Africa. *J Adolesc* 2004; 27:369-74.
9. Parry CDH. South Africa: alcohol today.

- Addiction (in press).
10. Myers B, Parry CDH. Access to substance abuse treatment services for Black South Africans: findings from audits of specialist treatment facilities in Cape Town and Gauteng. *South African Psychiatry Review* (in press).
11. Muller L, Fisher S, Myers B et al. Norms

and standards for substance dependence inpatient centres in South Africa. Cape Town: Somerset West, 2003.

12. United Nations Office on Drugs and Crime. Conducting effective substance abuse prevention work among the youth in South Africa. Pretoria: United Nations Office on Drugs and Crime, 2004.

ciaria, para reducir los cuadros de discapacidad y disfunción. En India se ha comercializado buprenorfina en forma de comprimidos de 0,4 y 2 mg durante casi un decenio; actualmente se está utilizando para el tratamiento de mantenimiento de las personas con dependencia de los opiáceos.

El abuso de sustancias se puede abordar en distintos ámbitos: individual, local (social, nacional, etc.) e internacional. En el ámbito individual es necesario hacer una síntesis entre los factores biológicos y los factores socioculturales de fondo. A pesar de la disponibilidad de los servicios, su uso ha sido escaso y es necesario enfatizar las medidas para enfrentar y reducir el estigma asociado con el consumo de sustancias. En los ámbitos nacional e internacional se debe poner en marcha una iniciativa concertada entre todos los países para controlar el problema del abuso de sustancias, teniendo en cuenta las características socioculturales y políticas locales.

Bibliografía

1. Miller WR, Sanchez VC. Motivating young adults for treatment and lifestyle change. In: Howard G (ed). *Issues in alcohol use and misuse in young adults*. Notre Dame: University of Notre Dame Press, 1993:55-82.
2. Srivastava A, Pal HR, Dwivedi SN et al. National household survey of drug abuse in India. Report submitted to the Indian Ministry of Social Justice and Empowerment and the United Nations Office for Drugs and Crime, 2003.

Prevención del abuso de sustancias: la experiencia de la India

HEM RAJ PAL

Department of Psychiatry and National Drug Dependence Treatment Centre, All India Institute of Medical Sciences, New Delhi 110029, India

En su revisión, María Elena Medina-Mora aborda desde distintas perspectivas el problema de la prevención del abuso de sustancias. Tal como señala, las intervenciones psicosociales siguen siendo la clave de esta prevención. Durante los últimos años hemos observado avances tanto en la prevención primaria como en la prevención secundaria temprana. Esta última se centra en las personas que todavía no han desarrollado complicaciones relacionadas con el abuso de sustancias, o bien que sólo han desarrollado complicaciones mínimas. Las intervenciones de carácter breve, muchas de las cuales están fundamentadas en el modelo FRAMES (*feedback, responsibility, advice, menu of strategies, empathy and self-efficacy*, retroalimentación, responsabilidad, orientación, menú de estrategias, empatía y autoeficacia) (1) han dado lugar a resultados prometedores. La facilidad de aplicación de estas estrategias las hace especialmente atractivas para su uso en el tercer mundo, en el que puede haber escaso personal entrenado.

En la India las agencias gubernamentales y no gubernamentales han dado numerosos pasos en el área de la prevención del abuso de sustancias. Un logro importante ha sido la inclusión reciente de la información sobre el abuso de sustancias como un componente obligatorio del plan de estudios escolar. Por el lado de la demanda de las sustancias, el Ministry of Health and Family Welfare ha establecido varios centros de deshabituación basados principalmente en los hospitales de distrito: actualmente hay aproximadamente 130 de estos centros dispersos por todo el país. En 1985 se aprobó la ley Narcotic Drugs and Psy-

chotropic Substances (NDPS), modificada en 1989. En el período 1999-2000, el Ministry of Social Justice and Empowerment llevó a cabo por primera vez, junto con la United Nations Office for Drugs and Crime, un estudio de carácter nacional acerca de la intensidad, los patrones y las tendencias del abuso de sustancias en el país, uno de cuyos componentes principales fue una encuesta efectuada en hogares de todo el país (2). Este estudio fundamental se ha convertido en la base para la planificación de las estrategias de prevención y de tratamiento de los cuadros de abuso de sustancias. Al respecto, ya se ha puesto en marcha una comisión interministerial.

La reducción de las lesiones ha sido planteada como una estrategia de prevención primaria, pero también puede ser considerada una estrategia de prevención ter-

Si bebes no conduzcas: el éxito del mensaje de Mothers Against Drunk Driving (MADD)

NADY EL-GUEBALY^{1,2}

¹WPA Section on Addiction Psychiatry

²University of Calgary Addiction Center, Foothills Hospital, 1403 29th Street, NW, Calgary, Alberta, Canada

Se están realizando esfuerzos muy importantes para la prevención de los problemas que causan las sustancias psicoactivas sobre las personas que las consumen, sus familias y la sociedad en general. Sin embargo, desde un punto de vista global el uso de sustancias es cada vez mayor debido

a los cambios en el estilo de vida, a la erosión de los mecanismos de censura que han existido en las sociedades tradicionales, y al incremento en la aceptación de estas sustancias. En este comentario, voy a analizar brevemente los ingredientes de una intervención dirigida que ha tenido éxito en Norteamérica a lo largo de los 20 últimos años, relativa a la lucha contra la conducción de automóviles bajo la influencia del alcohol.

La gran visibilidad de un grupo concreto de consumidores. Desde finales del decenio de 1970, una de las organizacio-

nes de base más visibles, Mothers Against Drunk Driving (madres contra la conducción bajo los efectos del alcohol, MADD), ha influido de manera significativa en el abordaje de los problemas causados por la conducción de automóviles bajo los efectos del alcohol. Nacida por la iniciativa de una madre, Candy Lightner, que perdió a su hija a plena luz del día a causa de un conductor alcoholizado que se dio a la fuga y entre cuyos antecedentes había cuatro arrestos previos por conducir bebido, esta organización iniciada en California creció pronto hasta alcanzar varios cientos de secciones en toda Norteamérica (1). MADD no sólo ha luchado por incrementar las condenas de los conductores alcoholizados, sino que ha desarrollado una amplia gama de programas para ayudar a las víctimas a superar su pérdida.

Una agenda legislativa. Desde sus inicios, MADD ha inducido la promulgación de más de 1.000 nuevas normas legales en los ámbitos local y nacional, entre ellas, las referentes a la edad mínima para poder consumir alcohol, la responsabilidad penal en la que incurrir las personas que sirven alcohol y el establecimiento de puntos de comprobación de la sobriedad. Una medida especialmente efectiva ha sido la elaboración y publicación de un anuario legislativo comparativo, la «Rating of the States/Provinces». De hecho, se estima que las medidas impulsadas por MADD han tenido una influencia mayor que la implementación del alcoholímetro para reducir la mortalidad causada por la conducción de automóviles bajo los efectos del alcohol. Por ejemplo, en Ontario, Canadá, MADD ha sido considerada la responsable de la disminución del 19-23 % de esta forma de mortalidad durante el período 1982-1996 (2). Aunque se han introducido muchos cambios, hasta el momento no se ha conseguido el consenso respecto a la reducción propuesta del límite del contenido de alcohol en sangre (CAS) hasta 0,05.

Servicios para las víctimas. La aflicción que causa un accidente de tráfico relacionado con el alcohol no es muy dife-

rente a la que tiene lugar cuando es asesinado un familiar. La pérdida es súbita e inesperada, el fallecimiento es de carácter violento y el delito carece de sentido. La asociación MADD cumple el deseo de los supervivientes de «hacer algo», a menudo tras una experiencia judicial decepcionante. Las secciones de MADD también proporcionan la oportunidad de participar en un comité de víctimas como parte de los programas dirigidos contra los delincuentes que conducen en situaciones de falta de control, con resultados contradictorios (3). Se ha informado que la pertenencia a MADD da lugar a una participación activa, que se incrementa gradualmente durante un ciclo de cuatro o cinco años, tras lo cual muchos de sus miembros abandonan la organización.

Influencia en las normas sociales. La aplicación generalizada de programas dirigidos a los jóvenes y a la comunidad ha dado lugar a una modificación de las normas sociales, que constituye supuestamente el éxito principal de la prevención. Los «accidentes» relacionados con el alcohol se han convertido en «choques causados por negligencia criminal», lo que implica la modificación de una mentalidad moral colectiva. Las pruebas aleatorias para la detección de alcohol en el aire respirado también han dado lugar a la promoción de «conductores designados» voluntarios, un método en el que una de las personas elige no beber para transportar con seguridad al resto a la salida de la fiesta. Los establecimientos de bebidas suelen proporcionar bebidas no alcohólicas gratuitas a este conductor. Esta promoción aparece publicada con mayor intensidad en los medios de comunicación durante la época de vacaciones de fin de año. La introducción de estas medidas ha dado lugar al efecto uniforme de reducir la incidencia de conductores que beben por encima del límite aceptado. También parece haber un efecto de dosis, dado que los efectos de la restricción son sensibles al número de pruebas de detección aleatorias efectuadas por cada conductor con carné de conducir (2).

La disponibilidad de datos de control válidos y fiables. El hecho de que el alcohol sea una sustancia legal en muchos países permite un grado de sofisticación en su control que no es posible en el estudio de la mayor parte de las sustancias psicoactivas ilegales. Las estadísticas relativas a la conducción bajo los efectos del alcohol proporcionan un índice objetivo de impacto, influido por las modificaciones en la disponibilidad del alcohol, especialmente en los países en los que hay legislación acerca de las pruebas de detección aleatorias mediante alcoholímetro. Aunque, evidentemente, no se pueden detectar todos los casos de conductores intoxicados, estas estadísticas constituyen un barómetro útil para determinar la influencia de la limitación en la disponibilidad de alcohol sobre el contexto de la conducción bajo sus efectos (4).

En resumen, las iniciativas de prevención adoptadas por MADD han proporcionado una oportunidad para estudiar el impacto de una organización de base sobre la mejora de las normas legislativas sociales respecto a una sustancia lícita.

World Psychiatry 2005; 3: 31-36

Bibliografía

1. Marshall M, Oleson A. MADDer than hell. *Qualitative Health Research* 1996;6: 6-22.
2. Asbridge M, Mann RE, Flam-Zalcman R et al. The criminalization of impaired driving in Canada: assessing the deterrent impact of Canada's first per se law. *J Stud Alcohol* 2004;65:450-9.
3. Polacsek M, Rogers EM, Woodall WG et al. MADD victim impact panels and stages-of-change in drunk-driving prevention. *J Stud Alcohol* 2001;62:344-50.
4. Hawks D, Scott K, McBride N. Prevention of psychoactive substance use: a selected review of what works in the area of prevention. Geneva: World Health Organization, 2002.

Selección de las intervenciones psiquiátricas económicamente rentables: resultados del programa CHOICE de la Organización Mundial de la Salud

DAN CHISHOLM, EN REPRESENTACIÓN DE WHO-CHOICE*

Department for Health System Financing, Expenditure and Resource Allocation, and Department of Mental Health and Substance Abuse, World Health Organization, Geneva, Switzerland

*Véase el Apéndice

Existe una creciente aceptación, tanto en el ámbito internacional como en el nacional, del problema sanitario constituido por los trastornos psiquiátricos, aunque son pocos los datos acerca de la intensidad de este problema y de las posibilidades de solución mediante la implementación de intervenciones eficaces. Además, en la mayoría de los países también es escasa la información acerca de los costes económicos y de la rentabilidad económica de estas intervenciones, a pesar de que esta información es necesaria para el incremento de las inversiones y para el desarrollo de servicios. En este artículo se ofrece una visión general del componente relativo a la salud mental del proyecto CHOICE de la Organización Mundial de la Salud (OMS), cuyo objetivo ha sido la obtención de pruebas respecto a la rentabilidad económica de un elevado número de formas de intervención relativas a los factores contribuyentes a las enfermedades, en una amplia gama de contextos geográficos y epidemiológicos de todo el mundo. Hasta el momento se han determinado los costes económicos (expresados en dólares internacionales) y los efectos (determinados en años de vida ajustados por discapacidad, DALY) esperados de las intervenciones farmacológicas y psicosociales clave respecto a la esquizofrenia, el trastorno bipolar, la depresión y el trastorno de angustia. Los resultados de este análisis indican que las intervenciones más eficientes frente a los trastornos mentales más comunes (depresión y trastorno de angustia) se pueden considerar como de rentabilidad económica muy elevada (cada DALY evitado tiene un coste inferior a los ingresos medios anuales por habitante), mientras que las intervenciones de tipo comunitario respecto a los trastornos mentales más graves, utilizando los antipsicóticos y eutimizantes de primera generación cumplen el criterio de rentabilidad económica (cada DALY evitado tiene un coste inferior a tres veces el ingreso anual medio por habitante). Estos datos suministran a los especialistas en política sanitaria una información nueva y de interés con respecto al valor relativo de la inversión en asistencia psiquiátrica; además, esta información puede ser útil para eliminar una de las muchas barreras que todavía quedan para que la salud pública responda ante el problema planteado por estas enfermedades.

Palabras clave: costes económicos, rentabilidad económica, DALY, tratamiento basado en la evidencia, salud mental

La investigación epidemiológica más reciente ha demostrado claramente el considerable problema (anteriormente subestimado) que representan los trastornos mentales tanto para los individuos como para los grupos comunitarios y los servicios de salud en todo el mundo (1). Mediante el uso de un parámetro que resume la salud de la población, denominado años de vida ajustados por discapacidad (DALY, *disability adjusted life years*), un parámetro de carácter cronológico que combina los años de vida perdidos a causa del fallecimiento prematuro y los años vividos con discapacidad), las estimaciones más recientes del estudio Global Burden of Disease indican que los trastornos neuropsiquiátricos son la causa de más de un 10 % de los años perdidos de vida sana y de más de un 30 % de todos los años con discapacidad (1). En este estudio se ha demostrado que, en particular, los trastornos depresivos unipolares representan una problema muy importante para la sociedad y que, de hecho, constituyen el cuarto problema sanitario entre todas las enfermedades y son responsables de la pérdida de más de 50 millones de años de vida sana en todo el mundo (2).

Sin embargo, hasta el momento sólo se ha establecido una conexión de carácter limitado entre los DALY y la evidencia de rentabilidad económica, a pesar del hecho de que esta conexión era uno de los objetivos clave del estudio Global Burden of Disease. Es necesario establecer el vínculo entre los DALY y la rentabilidad económica, debido a que los DALY no son por sí mismos suficientes como dato para la asignación de recursos y para el establecimiento de prioridades en salud pública. Una enfermedad puede constituir un problema importante para un grupo de población pero, si las estrategias o intervenciones apropiadas para reducir este problema son inexistentes o tienen un coste demasiado elevado en relación con el avance conseguido en términos sanitarios, la inversión a gran escala sería considerada equivocada (dado que los escasos recursos existentes se podrían canalizar de manera más eficiente hacia otras enfermedades importantes para las que sí hay datos de rentabilidad económica). En otras pala-

bras, la magnitud atribuible del problema no es suficiente por sí misma para justificar las intervenciones. En un contexto de establecimiento de prioridades y de asignación de recursos, una cuestión más pertinente es determinar—mediante la aplicación de una serie de intervenciones basadas en la evidencia—cuál es la carga evitable de una enfermedad concreta y cuál es el coste relativo de la implementación de estas intervenciones en la población objetivo. Este tipo de análisis puede revelar la respuesta más eficiente frente a la carga atribuible de una enfermedad concreta.

Durante los dos últimos decenios ha tenido lugar un aumento progresivo del interés por el análisis económico de los aspectos asistenciales y normativos de la salud mental, debido a la preocupación gubernamental acerca del incremento de los gastos asistenciales (3). Las consideraciones relativas a los costes económicos y a la rentabilidad económica se han introducido en los procesos de reforma asistencial, en los procesos de establecimiento de prioridades respecto a los programas sanitarios y en los procesos de toma de decisiones normativas respecto a la aprobación de fármacos o a la determinación de su precio. Sin embargo, a pesar de la necesidad de datos fiables de la rentabilidad económica, todavía hay una escasez relativa de estudios económicos sobre la salud mental, tanto en los países desarrollados como en los países en vías de desarrollo (4). La mayor parte de los análisis económicos relativos a la salud mental ya completados se han referido a modalidades terapéuticas específicas respecto a las psicosis y los trastornos afectivos, especialmente la rentabilidad económica de los distintos medicamentos psicotrópicos y, recientemente, los diferentes abordajes psicoterapéuticos en el tratamiento de estos trastornos psiquiátricos (5, 6). Muchos de los estudios económicos sobre aspectos de salud mental efectuados hasta el momento han tenido un diseño inadecuado, una perspectiva de costes poco clara o una potencia estadística insuficiente. Para la implementación y planificación de una política sanitaria útil respecto a la salud mental, tanto en el ámbito nacional

como en el internacional, es necesario conseguir estimaciones más adecuadas y generalizadas con respecto a los costes económicos y a la rentabilidad económica relativa de las distintas formas de intervención.

La obtención de todos estos tipos de datos económicos bien fundamentados en relación con la salud mental puede realizarse de dos maneras. Preferiblemente, los datos se pueden generar a partir de estudios empíricos adicionales en diversos contextos socioeconómicos (especialmente, en los países en vías de desarrollo, acerca de los cuales los datos existentes en la actualidad son escasos). Los estudios de carácter económico bien diseñados y con potencia estadística suficiente respecto a las intervenciones en salud mental son ciertamente necesarios y útiles, pero son tan difíciles y costosos en términos de tiempo y dinero (además de su aplicación limitada más allá de los confines inmediatos de la localización geográfica del estudio), que es poco probable que se pueda obtener una base de evidencia suficiente a través de este método de carácter incremental y relativista, incluso a lo largo de los próximos 10 años. Alternativamente, y de manera más inmediata, el vacío informativo actual se podría solucionar a través de un modelado adecuado de los datos ya existentes acerca de las distintas enfermedades en relación con los costes y los efectos esperados de las distintas formas de intervención en los diferentes contextos.

El peligro que tiene este segundo abordaje de carácter más universal radica en todos los aspectos que, inevitablemente, hay que dar por supuestos cuando las estimaciones de la rentabilidad económica se fundamentan en fuentes diversas de localizaciones geográficas también diversas, mientras que el atractivo obvio de este método es la posibilidad de obtener resultados pertinentes para la política sanitaria de una manera más rápida y barata. A largo plazo, ambos abordajes se podrían considerar complementarios; es decir, los estudios empíricos se acoplarían a ejercicios de modelado ya realizados, mientras que los estudios de modelado podrían sintetizar e incluso estimular los estudios de investigación empírica. A pesar de ello, en la mayor parte de las regiones del mundo seguiría siendo necesario a corto plazo plantear argumentos de rentabilidad económica al proponer un aumento en los

niveles de inversión en recursos y una priorización de los servicios asistenciales en salud mental.

MÉTODOS

Selección de los trastornos y de las intervenciones psiquiátricas

Hay tres criterios clave que han guiado la selección de los trastornos psiquiátricos a los que se ha aplicado este abordaje sectorial del análisis de la rentabilidad económica: *a)* la magnitud e importancia del problema de salud pública; *b)* la disponibilidad de formas de intervención eficaces y potencialmente rentables desde el punto de vista económico, y *c)* la disponibilidad de datos acerca de la epidemiología, la efectividad clínica, el uso de recursos y los costes económicos. En relación con el primero de estos criterios, la esquizofrenia, el trastorno bipolar, la depresión (unipolar) y el trastorno obsesivo-compulsivo aparecen entre las 10 primeras causas de discapacidad en todo el mundo (1). En el estudio se han identificado y revisado diversas formas de intervención personal que abarcaban los tratamientos psicofarmacológicos y psicosociales clave para cada una de estas importantes enfermedades; la evidencia internacional respecto a la efectividad de las distintas intervenciones asistenciales específicas fue suficientemente sólida para todos los trastornos mencionados, excepto el trastorno obsesivo-compulsivo (a consecuencia de ello, se seleccionó el trastorno de angustia como proceso índice de los trastornos de ansiedad). En la tabla 1 aparece la lista completa de las formas de intervención sometidas a análisis económico.

Recomendaciones de la OMS respecto al análisis de la rentabilidad económica

A través de su programa CHOICE (CHOosing Interventions that are Cost-Effective), la OMS propone una forma de análisis

Tabla 1 Formas de intervención en los trastornos psiquiátricos sometidos a análisis económico

Trastorno	Intervención
Esquizofrenia Contexto terapéutico: consulta hospitalaria ambulatoria Cobertura del tratamiento (objetivo): 80 %	Antipsicóticos antiguos (neurolepticos) Antipsicóticos nuevos («atípicos») Antipsicóticos antiguos + tratamiento psicosocial Antipsicóticos nuevos + tratamiento psicosocial
Trastorno bipolar Contexto terapéutico: consulta hospitalaria ambulatoria Cobertura del tratamiento (objetivo): 50 %	Fármacos eutimizantes antiguos Fármacos eutimizantes nuevos Fármacos eutimizantes antiguos + tratamiento psicosocial Fármacos eutimizantes nuevos + tratamiento psicosocial
Depresión Contexto terapéutico: asistencia primaria Cobertura del tratamiento (objetivo): 50 %	<i>Tratamiento episódico</i> Antidepresivos antiguos (tricíclicos) Antidepresivos nuevos Tratamiento psicosocial Antidepresivos antiguos + tratamiento psicosocial Antidepresivos nuevos + tratamiento psicosocial <i>Tratamiento de mantenimiento</i> Antidepresivos antiguos + tratamiento psicosocial Antidepresivos nuevos + tratamiento psicosocial
Trastorno de angustia Contexto terapéutico: asistencia primaria Cobertura del tratamiento (objetivo): 50 %	Benzodiacepinas Antidepresivos antiguos (tricíclicos) Antidepresivos nuevos Tratamiento psicosocial Antidepresivos antiguos + tratamiento psicosocial Antidepresivos nuevos + tratamiento psicosocial

de rentabilidad económica que proporciona a los especialistas en política sanitaria resultados que pueden ser extrapolados a distintos contextos (7). El análisis se lleva a cabo mediante la evaluación de los costes y de la efectividad de las intervenciones nuevas y de las ya existentes, en comparación con el punto de partida (no realizar ninguna intervención). Un aspecto importante es que el uso de este tipo de referencia común elimina la limitación planteada por la necesidad de continuar con las intervenciones en curso y elimina las diferencias en los puntos de inicio, aspectos que hacen que los resultados del análisis incremental sean de difícil extrapolación a otros contextos. Sólo se mantiene una limitación, el presupuesto, lo que permite el desarrollo de reglas de decisión sencillas según los índices de rentabilidad económica calculados. Los resultados relativos a la rentabilidad económica se pueden utilizar para definir tres grupos genéricos de formas de intervención: *a)* las que mejoran de manera considerable la salud de la población mediante la aplicación de una serie dada de recursos; *b)* las que no constituyen un método eficiente para mejorar la salud, y *c)* las que están entre ambos extremos. Esta información entra en el debate político para su comparación con el impacto de las diferentes formas de intervención sobre otros objetivos, como la reducción de las desigualdades asistenciales y la respuesta a las expectativas legítimas de los grupos de población. Después, los especialistas en política sanitaria pueden determinar si lo mejor para un país concreto es el mantenimiento del catálogo de formas de intervención ya existentes o su modificación.

Pasos clave en la aplicación del análisis sectorial de rentabilidad económica

La aplicación del análisis generalizado de la rentabilidad económica mediante un abordaje sistemático y estandarizado implica la realización de varios pasos analíticos clave que abordan diversas áreas disciplinarias interrelacionadas: demografía, epidemiología, de efectividad clínica, análisis de costes y economía de la salud.

Paso 1: elaboración de un perfil de la epidemiología observada. El programa WHO-CHOICE pretende la realización de un análisis de la rentabilidad económica a través de un abordaje fundamentado en los aspectos epidemiológicos y de población. Por lo tanto, para un grupo de población concreto, el primer paso en el análisis es la obtención de un perfil o de un modelo de la situación epidemiológica existente. El punto de referencia estándar para este perfil es la última versión del estudio Global Burden of Disease (1), en la que se ofrecen estimaciones empíricas —aunque congruentes desde un punto de vista interno— de la incidencia, la prevalencia, la tasa de remisión y la tasa de mortalidad de todas las causas principales de la carga global de las enfermedades.

Paso 2: elaboración de modelos de evolución de las enfermedades. Una característica específica del programa WHO-CHOICE es que no utiliza ningún contexto terapéutico como base para la comparación de los costes relativos y las consecuencias de las diferentes intervenciones sobre las enfermedades (7). Para los trastornos psiquiátricos se utilizaron modelos de evolución de las enfermedades (más que un proceso de retroajuste a partir de la cobertura efectiva de intervenciones ya existentes en la población). No obstante, con respecto a algunos trastornos mentales y a algunas regiones del mundo, hay que tener en cuenta el hecho de que la situación actual en el ámbito global de la población se aproxima mucho a la ausencia de tratamiento (principalmente debido a que no se está realizando casi ningún tipo de intervención terapéutica).

Paso 3: cálculo de la efectividad de la intervención en la población. La efectividad de la intervención se determinó mediante

un modelo de población en situación de transición, que permite el desarrollo de una gráfica regional de la población en la que se tienen en cuenta los nacimientos, los fallecimientos y la enfermedad en cuestión. Las principales tasas de transición, expresadas en términos del número de episodios por año en riesgo, son la incidencia del trastorno en la población evaluada, la tasa de mortalidad y la tasa de remisión. Además, se especifica (en una escala de 0 a 1) un parámetro de discapacidad según el tiempo que las personas pasan en diferentes estados de salud o enfermedad. Se realiza el modelado de dos situaciones epidemiológicas a lo largo de un horizonte analítico que corresponde a toda la vida de las personas, con objeto de determinar el número total de años con salud que ha vivido la población: *a)* una situación epidemiológica basada en hechos, que representa la evolución de la enfermedad (ausencia de formas de intervención) y *b)* la situación epidemiológica que refleja el impacto de cada intervención específica en la población (como la disminución en la duración de la enfermedad a consecuencia del uso de un fármaco antidepresivo), implementada durante un período de 10 años. La diferencia entre estos dos tipos de simulación representa la ganancia de salud de la población (determinada en DALY evitados) a consecuencia de la implementación de la intervención y en comparación con la situación de ausencia de tratamiento. En el análisis de los casos base que se presenta a continuación ya se han descontado los DALY evitados (un 3 %), pero no han sido ponderados por edad.

Es necesario que los cambios en los parámetros debidos al buen resultado de la intervención reflejen más la efectividad que la eficacia, de manera que —como mínimo— es necesario realizar ajustes con respecto a las tasas de cobertura esperadas con la intervención en el ámbito de la población y con respecto al grado de cumplimiento del tratamiento por parte de los pacientes. Las fuentes de los datos relativos a la eficacia y la efectividad de las intervenciones son los metaanálisis, las revisiones sistemáticas y los ensayos clínicos individuales publicados en la bibliografía internacional. La estimación de la efectividad del tratamiento respecto a las enfermedades específicas ya se ha realizado en detalle en otras publicaciones (8-10).

Paso 4: elaboración de perfiles de uso de recursos y de coste de los recursos respecto a cada forma de intervención. Para determinar los costes de las intervenciones de salud se ha utilizado un abordaje que analiza los «ingredientes» de la intervención: se requiere la identificación y validación por separado de la cantidad de recursos necesarios (como el número de profesionales sanitarios) así como el precio o coste por unidad de los recursos utilizados (tal como el salario de los profesionales sanitarios). Con respecto a las cantidades de los recursos utilizados por los pacientes (p. ej., los días de hospitalización, las visitas ambulatorias, los medicamentos, las pruebas analíticas, etc.), las fuentes de información han sido los datos procedentes de las evaluaciones económicas y de un estudio de consenso Delphi multinacional efectuado específicamente sobre los trastornos considerados en el programa WHO-CHOICE y sobre los trastornos neuropsiquiátricos (11).

Los costes unitarios asociados a estos elementos de uso de servicios se han calculado en cada región considerada por el Banco Mundial, según un análisis econométrico de un grupo de datos multinacional relativo a los costes hospitalarios, utilizando el producto interior bruto por cabeza (además de otras variables de carácter explicativo) para estimar los costes unitarios en las distintas regiones (12). Además, se calcularon los costes de los programas, que son los recursos utilizados en la producción de las distintas formas de intervención en un ámbito más general que el del paciente, y los recursos utilizados en la planificación central, las funciones políticas y administrativas y la formación de los profesionales sanitarios. En los valores iniciales del análisis de costes, realizado con respecto a un período

odo de 10 años, se efectuó un descuento del 3 % expresado en dólares internacionales (DI), lo que permitió el ajuste de las diferencias en el precio relativo y en la capacidad de compra de los países, facilitando de esta manera la comparación entre las distintas regiones geográficas. Es decir, 1 DI compra la misma cantidad de recursos sanitarios en China o India que en Estados Unidos.

Paso 5: análisis de la rentabilidad económica (incluyendo la incertidumbre). La articulación de los distintos componentes de datos descritos proporciona los bloques básicos para el análisis de los costes y de los efectos de la intervención sobre salud mental. Una vez determinados los valores de entrada de los distintos componentes de datos, se pueden calcular los resultados-resumen de los costes en el ámbito de la población, la efectividad y la rentabilidad económica, incluyendo la eficiencia comparativa de las distintas formas de intervención expresadas como índices de rentabilidad económica (IRE), media e incremental, de los DI por DALY evitados. Tal como ocurre en cualquier evaluación económica sólida, es importante proporcionar una indicación de la incertidumbre respecto a las estimaciones puntuales de los costes, de los efectos o de los IRE. En primer lugar, se puede realizar una serie de análisis unidireccionales de sensibilidad para evaluar el impacto sobre el resultado final del descuento y de la ponderación por la edad. En segundo lugar, se pueden generar los contextos mejor y peor mediante la incorporación de los valores superiores e inferiores de los parámetros clave de los costes (precio unitario de los fármacos y de los servicios sanitarios, proporción de casos en los que son necesarios servicios secundarios) y la efectividad de los tratamientos (eficacia y grado de cumplimiento). Además, se realizó un análisis estocástico de la incertidumbre respecto a la probabilidad de que las intervenciones individuales (tanto las ya existentes como las nuevas) se pudieran seleccionar como un uso económicamente rentable de los recursos frente a las limitaciones específicas del presupuesto (7).

RESULTADOS

Los métodos de estimación, los resultados iniciales y los análisis de la incertidumbre respecto a las distintas condiciones individuales han sido recogidos con detalle en otras publicaciones, por parte de las distintas subregiones epidemiológicas de la OMS (8, 9) o por parte de las distintas regiones del Banco Mundial (10). A continuación, se resumen las estimaciones de los efectos en el ámbito de la población (determinados en forma de DALY evitados) así como las estimaciones de la rentabilidad económica de cada una de las intervenciones respecto a las distintas regiones del Banco Mundial y en relación con los cuatro trastornos psiquiátricos seleccionados para el análisis (tablas 2 y 3).

Efectividad de las intervenciones en el ámbito de la población

Incluso para una tasa de cobertura terapéutica del 80 % (es decir, cuatro de cada cinco casos), el impacto de los tratamientos farmacológicos frente a la esquizofrenia (con neurolepticos antiguos o con antipsicóticos nuevos) es escaso (150-250 DALY evitados anualmente por cada millón de personas), lo que refleja el hecho de que las intervenciones no reducen la incidencia ni la duración de la enfermedad hasta el punto de establecer una diferencia en el funcionamiento cotidiano de los pacientes tratados (aproximadamente, una mejoría del 25 % en comparación con la ausencia de tratamiento cuando se utilizan únicamente antipsicóticos, o una mejoría cercana al 45 % cuando además se aplica un tratamiento psicosocial complementario) (13, 14). No

obstante, hay que subrayar el hecho de que el sistema de cuantificación DALY no permite determinar las consecuencias plenas de esta enfermedad a menudo catastrófica (sobre la vida familiar y sobre la capacidad de llevar una vida productiva). Se considera que la adición de un tratamiento psicosocial a la farmacoterapia induce un efecto beneficioso mucho mayor que el cambio desde los antipsicóticos antiguos a los nuevos (tabla 2). Esta tendencia también se observa en el trastorno bipolar, con la estimación añadida (debido a su efecto bien establecido sobre la disminución en las tasas de suicidio) de que se espera que el litio, un antiguo fármaco estabilizador del ánimo (eutimizante) genere una mayor ganancia de salud en la población en comparación con los nuevos eutimizantes, como el valproato (9). Para una tasa de cobertura objetivo del 50 %, las ganancias en salud con el tratamiento del trastorno bipolar y del trastorno de angustia se sitúan en el intervalo de 150-400 DALY evitados anualmente por cada millón de personas, mientras que el tratamiento episódico de la depresión con antidepresivos y/o psicoterapia genera ganancias mucho mayores (600-1.200 DALY evitados), debido en gran parte a la mayor prevalencia de esta enfermedad en la población. El tratamiento proactivo de mantenimiento frente a la depresión induce incluso ganancias de salud todavía mayores (1.200-1.900 DALY evitados), debido a que en este contexto es posible la prevención de una proporción significativa de los episodios depresivos recurrentes (8).

Costes de la intervención

El coste total por habitante del tratamiento ambulatorio basado en aspectos comunitarios mediante antipsicóticos o eutimizantes de primera generación, incluyendo todas las necesidades de recursos en el ámbito del paciente, así como el apoyo de infraestructuras, osciló entre 0,8-1,10 DI en las regiones de África Subsahariana y Asia del Sur, y 3 DI en las regiones de América Latina y Caribe, Europa y Asia Central (costes anuales equivalentes por paciente, 300-550 DI y 800-1.500 DI, respectivamente). El coste por habitante respecto a los antipsicóticos de segunda generación (atípicos) todavía bajo patente es mucho mayor (3-7 DI). Por el contrario, algunos de los nuevos antidepresivos (inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina [ISRS]) han quedado ahora fuera de patente y, por lo tanto, su aplicación en el tratamiento de la depresión y del trastorno de angustia se realizó con el coste de su precio como medicamentos genéricos (sin marca). El coste por paciente del tratamiento de un episodio depresivo de 6 meses de duración oscila entre 50 DI (antidepresivos antiguos en las regiones de África Subsahariana y Asia del Sur) y 150-200 DI (antidepresivos nuevos en combinación con psicoterapia breve, en las regiones de América Latina y Caribe, Europa y Asia Central). Los costes anuales totales respecto a todos los episodios depresivos tratados, incluyendo los relativos a la formación de los profesionales y a otros aspectos del programa, fueron de hasta 2,50-6,50 DI por habitante para un programa de tratamiento de mantenimiento, es decir, tres o cuatro veces mayores que el coste del tratamiento de un episodio utilizando únicamente antidepresivos antiguos.

Rentabilidad económica de las formas de intervención

En comparación con la situación epidemiológica de no aplicar ningún tipo de tratamiento (evolución natural de la enfermedad), la estrategia económicamente más rentable para evitar los problemas asociados a las psicosis y a los trastornos afectivos graves debe ser una intervención combinada de antipsicóticos o eutimizantes de primera generación y un tratamiento psicosocial com-

Tabla 2 Efectos de la intervención en el ámbito de la población (DALY evitados por año y por millón de habitantes)

Población total (millones)		Región del Banco Mundial					
		África Subsahariana	América Latina y Caribe	Orient Medio y África del Norte	Europa y Asia Central	Asia del Sur	Asia Oriental y Pacífico
		640	502	482	462	1.242	1.827
Cobertura							
Esquizofrenia¹							
Antipsicóticos antiguos (neurolepticos)	80 %	149	219	214	254	177	231
Antipsicóticos nuevos	80 %	160	235	230	273	190	248
Antipsicóticos antiguos + tratamiento psicosocial	80 %	254	373	364	353	300	392
Antipsicóticos nuevos + tratamiento psicosocial	80 %	261	383	373	364	308	403
Trastorno bipolar¹							
Fármacos eutimizantes antiguos (litio)	50 %	292	336	296	381	319	389
Fármacos eutimizantes nuevos (valproato)	50 %	211	300	273	331	278	351
Fármacos eutimizantes antiguos + tratamiento psicosocial	50 %	312	365	322	413	346	422
Fármacos eutimizantes nuevos + tratamiento psicosocial	50 %	232	330	300	365	306	386
Depresión							
Tratamiento episódico: antidepresivos antiguos (ATC)	50 %	599	995	920	874	987	891
Tratamiento episódico: antidepresivos nuevos (ISRS)	50 %	632	1.049	971	925	1.042	941
Tratamiento psicosocial episódico	50 %	624	1.036	958	936	1.028	927
Tratamiento psicosocial episódico + antidepresivos antiguos	50 %	745	1.237	1.144	1.100	1.228	1.107
Tratamiento psicosocial episódico + antidepresivos nuevos	50 %	745	1.237	1.144	1.100	1.228	1.107
Tratamiento psicosocial de mantenimiento + antidepresivos antiguos	50 %	1.174	1.953	1.806	1.789	1.937	1.747
Tratamiento psicosocial de mantenimiento + antidepresivos nuevos	50 %	1.174	1.953	1.806	1.789	1.937	1.747
Trastorno de angustia							
Fármacos ansiolíticos (benzodicepinas)	50 %	144	182	170	183	168	195
Antidepresivos antiguos (ATC)	50 %	232	290	272	290	269	312
Antidepresivos nuevos (ISRS genéricos)	50 %	245	307	287	307	284	330
Tratamiento psicosocial (TCC)	50 %	233	292	273	292	270	313
Antidepresivos antiguos + tratamiento psicosocial	50 %	262	329	308	329	304	353
Antidepresivos nuevos + tratamiento psicosocial	50 %	276	346	324	346	320	372

¹Resultados referidos únicamente al modelo de servicio comunitario presentado en este artículo (no se muestra el modelo de servicio hospitalario). ATC: antidepresivos tricíclicos; DALY: años de vida ajustados por discapacidad; ISRS: inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina; TCC: tratamiento cognitivo conductual.

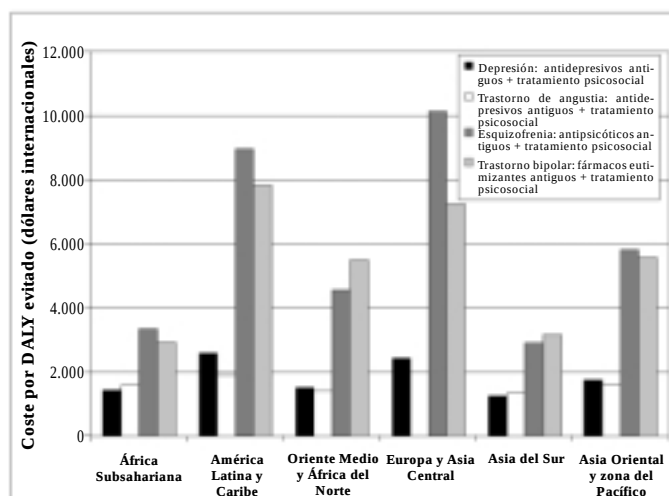


Figura 1. Índices de rentabilidad económica respecto a un conjunto básico de intervenciones sobre trastornos mentales en regiones de recursos económicos bajos e intermedios de todo el mundo.

plementario aplicado a través de un modelo de servicio ambulatorio comunitario, con un índice de rentabilidad económica cercano a 3.000 DI en las regiones de África Subsahariana y Asia del Sur, y de 8.000-10.000 DI en las regiones con un nivel económico intermedio (tabla 3). Actualmente, el elevado precio de adquisición de los antipsicóticos de segunda generación hace que su uso en las regiones en vías de desarrollo sea cuestionable desde el punto de vista de la eficiencia, aunque esta situación cambiará a medida que estos fármacos queden fuera de patente. Por el contrario, las pruebas existentes indican que el coste adicional relativamente modesto del tratamiento psicosocial complementario permite obtener una ganancia de salud significativa, de manera que la aplicación de la estrategia combinada señalada en el tratamiento de la esquizofrenia y del trastorno bipolar tiene una rentabilidad económica mayor que la aplicación de la farmacoterapia como tratamiento único.

Con respecto a los trastornos mentales más habituales atendidos en el contexto de la asistencia primaria (depresión y trastornos de ansiedad), la estrategia de mayor rentabilidad económica es la aplicación a gran escala de los antidepresivos antiguos (debido a su coste económico menor que el de los antidepresivos nuevos, para una eficacia similar). No obstante, puede es-

Tabla 3 Rentabilidad económica media de las formas de intervención según los porcentajes especificados de cobertura (DI por DALY evitados)

<i>Población total (millones)</i>		Región del Banco Mundial					
		África Subsahariana 640	América Latina y Caribe 502	Oriente Medio y África del Norte 482	Europa y Asia Central 462	Asia del Sur 1.242	Asia Oriental y Pacífico 1.827
	<i>Cobertura</i>						
Esquizofrenia¹							
Antipsicóticos antiguos (neurolepticos)	80 %	5.202	13.369	6.882	12.260	4.482	8.760
Antipsicóticos nuevos	80 %	18.497	26.199	19.594	25.693	17.991	22.010
Antipsicóticos antiguos + tratamiento psicosocial	80 %	3.314	8.993	4.511	10.089	2.887	5.814
Antipsicóticos nuevos + tratamiento psicosocial	80 %	11.699	17.352	12.562	20.627	11.354	14.281
Trastorno bipolar¹							
Fármacos eutimizantes antiguos (litio)	50 %	3.025	8.706	6.122	8.051	3.302	6.103
Fármacos eutimizantes nuevos (valproato)	50 %	4.829	10.074	6.935	9.620	4.422	7.230
Fármacos eutimizantes antiguos + tratamiento psicosocial	50 %	2.903	7.785	5.492	7.233	3.136	5.524
Fármacos eutimizantes nuevos + tratamiento psicosocial	50 %	4.520	8.899	6.222	8.607	4.147	6.530
Depresión							
Tratamiento episódico: antidepresivos antiguos (ATC)	50 %	1.026	2.219	1.193	2.178	924	1.469
Tratamiento episódico: antidepresivos nuevos (ISRS)	50 %	1.396	2.518	1.531	2.526	1.290	1.801
Tratamiento psicosocial episódico	50 %	1.384	2.726	1.499	2.494	1.205	1.787
Tratamiento psicosocial episódico + antidepresivos antiguos	50 %	1.416	2.595	1.487	2.421	1.256	1.738
Tratamiento psicosocial episódico + antidepresivos nuevos	50 %	1.819	2.982	1.866	2.860	1.641	2.125
Tratamiento psicosocial de mantenimiento + antidepresivos antiguos	50 %	1.706	2.935	1.721	2.589	1.547	1.968
Tratamiento psicosocial de mantenimiento + antidepresivos nuevos	50 %	2.245	3.460	2.229	3.162	2.072	2.487
Trastorno de angustia							
Fármacos ansiolíticos (benzodiazepinas)	50 %	1.277	1.853	1.237	1.748	997	1.332
Antidepresivos antiguos (ATC)	50 %	1.013	1.378	984	1.328	842	1.057
Antidepresivos nuevos (ISRS genéricos)	50 %	1.174	1.519	1.135	1.481	1.010	1.219
Tratamiento psicosocial (TCC)	50 %	1.276	1.666	1.145	1.702	970	1.271
Antidepresivos antiguos + tratamiento psicosocial	50 %	1.583	1.942	1.440	1.983	1.303	1.584
Antidepresivos nuevos + tratamiento psicosocial	50 %	1.722	2.061	1.570	2.121	1.441	1.720

¹Resultados referidos únicamente al modelo de servicio comunitario presentado en este artículo (no se muestra el modelo de servicio hospitalario). ATC: antidepresivos tricíclicos; DALY: años de vida ajustados por discapacidad; ISRS: inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina; TCC: tratamiento cognitivo conductual.

perarse que a medida que sigue disminuyendo el margen de precio entre los antidepresivos antiguos y los antidepresivos nuevos adquiridos como genéricos, los ISRS genéricos tengan una rentabilidad económica al menos similar y que, por tanto, constituyan el tratamiento de elección en el futuro. Debido a que la depresión es a menudo un trastorno recurrente, también hay fundamentos para considerar que el tratamiento proactivo, incluyendo el tratamiento de mantenimiento a largo plazo con antidepresivos, represente una forma económicamente rentable (si existe un consumo de recursos más intensivo) para reducir el enorme problema que plantea la depresión en las regiones en vías de desarrollo.

Las considerables diferencias en la rentabilidad económica relativa a los distintos trastornos mentales, así como entre las regiones de recursos económicos bajos e intermedios en todo el mundo, queda claramente demostrada en la figura 1, en la que se ilustran los índices del coste económico del efecto terapéutico respecto a un grupo seleccionado de intervenciones de salud mental (un tratamiento eficiente por cada trastorno). Los resultados de este conjunto inicial de intervenciones indican que, en las seis regiones de recursos económicos bajos e intermedios la ganancia

potencial total absoluta a través de la aplicación de una combinación de estrategias de intervención es del orden de 1.600-2.300 DALY evitados por cada millón de personas, lo que se podría conseguir con un coste estimado cercano a 3-4 DI por habitante en las regiones de recursos económicos bajos, como África Subsahariana y Asia del Sur, y de hasta 10 DI en las regiones de recursos económicos intermedios (América Latina y el Caribe; Europa y Asia Central). De este conjunto de intervenciones, se atribuye a los trastornos psiquiátricos más graves (esquizofrenia y trastorno bipolar) entre las dos terceras partes y las tres cuartas partes de los costes totales, pero sólo alrededor de la tercera parte de las ganancias en salud. Aproximadamente, por cada millón de dólares internacionales invertido se pueden ganar 300-500 años de vida sana. Por supuesto, son posibles otras numerosas especificaciones, como la estimación de los costes y los efectos de un conjunto de intervenciones en las que se utilicen los fármacos psicotrópicos nuevos o en las que no se incluya ninguna forma de tratamiento psicosocial. Por ejemplo, algunas comparaciones revelan que la sustitución de los psicotrópicos antiguos por los más recientes en el conjunto inicial de intervenciones descrito anteriormente incrementa los costes en un 100-200 % (un coste extra de

4-7 DI por habitante), mientras que la ganancia en salud sólo aumenta en un 23-32 %.

DISCUSIÓN

En este estudio de investigación se han establecido los métodos y los resultados para la aplicación del análisis sectorial de la rentabilidad económica a una amplia gama de trastornos psiquiátricos que en conjunto representan una fuente apreciable de problemas sanitarios globales. El objetivo de este análisis ha sido el de definir la posición relativa de las intervenciones efectivas dentro de una gama amplia de rentabilidad económica en el sector sanitario. Mediante los criterios de la Commission for Macroeconomics and Health (15), los resultados de este análisis indican que *a)* las intervenciones más eficientes frente a los trastornos mentales más comunes (depresión y trastorno de angustia) pueden ser consideradas como de rentabilidad económica alta (cada DALY evitado tiene un coste inferior a los ingresos anuales medios por habitante), y *b)* las intervenciones de carácter comunitario respecto a los trastornos mentales más graves con uso de antipsicóticos y eutimizantes de primera generación cumplen los criterios de rentabilidad económica (cada DALY evitado tiene un coste inferior a tres veces los ingresos anuales medios por habitante). Por lo tanto, todos estos datos suministran a los especialistas en política sanitaria una información nueva y de interés con respecto al valor relativo de la inversión económica en el tratamiento y la prevención de las enfermedades psiquiátricas. Con esta información, tal vez sea posible eliminar una de las muchas barreras todavía existentes frente a la respuesta apropiada del ámbito de la salud pública respecto al problema planteado por estas enfermedades.

Sin embargo, la existencia de esta información en los ámbitos de la OMS o del Banco Mundial no garantiza que los resultados y las recomendaciones modifiquen realmente la política sanitaria o las prácticas que tienen lugar en las naciones (en las que se determinan las políticas sanitarias y la asignación real de los recursos). Por lo tanto, es evidente la necesidad de intentar la extrapolación de las estimaciones regionales a los ámbitos nacionales, dado que en los distintos contextos hay numerosos factores que modifican la rentabilidad económica real de una intervención dada: los factores epidemiológicos de las enfermedades; el nivel potencial de cobertura efectiva de la población; la disponibilidad, procedencia y calidad de los recursos, especialmente los correspondientes al personal sanitario, los fármacos y los productos desechables, y los precios locales, especialmente los costes de mano de obra. Este proceso de extrapolación ya se ha iniciado en diversos países desarrollados y en vías de desarrollo pertenecientes a diferentes regiones de la OMS (como Estonia, México, Nigeria, Sri Lanka y España), a través de una revisión escalonada y de un análisis de los valores paramétricos del modelo regional para su aplicación local (16). Se ha obtenido así un conjunto revisado de índices de rentabilidad económica media e incremental, con especificidad para la población evaluada, respecto a las intervenciones llevadas a cabo sobre los problemas sanitarios nacionales.

La determinación de las intervenciones con mayor rentabilidad económica frente a un trastorno mental concreto no constituye el final del proceso analítico, aunque evidentemente es informativa por sí misma. En vez de ello, representa un dato clave para la importante tarea del establecimiento de prioridades. Para esta tarea, el objetivo es ir más allá de los problemas de eficiencia. Otros criterios de asignación de recursos frente a los que hay que considerar los argumentos de la rentabilidad económica son la gravedad relativa y la intensidad de los efectos de pérdida entre las diversas enfermedades, el potencial de reducción de los gastos domésticos catastróficos en cuestiones de salud y la pro-

tección de los derechos humanos. Por lo tanto, el establecimiento de prioridades obliga necesariamente a un cierto grado de trueque entre los diferentes objetivos del sistema de salud mental, de manera que una asignación más equitativa de los recursos tiene pocas posibilidades de dar lugar a una asignación de recursos más eficiente. Con respecto a la salud mental, el tratamiento de la esquizofrenia es un ejemplo obvio. Mientras que la consideración única de los aspectos puros de la eficiencia favorece las estrategias asistenciales y de prevención más baratas y económicamente más rentables frente a los trastornos mentales más comunes, la esquizofrenia todavía se incluye característicamente como una enfermedad prioritaria debido a su gravedad (con la consiguiente vulnerabilidad de las personas afectadas), a su efecto a menudo catastrófico sobre el bienestar y los ingresos económicos de las familias, y al impacto de carácter social del tratamiento sobre los síntomas y el funcionamiento individuales. Además, en el ámbito nacional hay que tener en cuenta las ventajas relativas de la medicina pública o social sobre las prestaciones privadas y los gastos de bolsillo, como mecanismos de equidad para resguardar a la población de las consecuencias económicas que conllevan los trastornos mentales, así como también las funciones respectivas que desempeñan los sistemas sanitarios públicos, privados, voluntarios y de carácter informal (17, 18).

APÉNDICE

El programa WHO-CHOICE forma parte del trabajo realizado por el Department of Health System Financing, Expenditure and Resource Allocation de la OMS en Ginebra. Se agradece especialmente el trabajo conceptual y metodológico que han realizado en el desarrollo del programa WHO-CHOICE los profesionales siguientes: Dr. Taghreed Adam, Dr. Rob Baltussen, Dr. David Evans, Raymond Hutubessy, Ben Johns, Jeremy Lauer, Dr. Christopher Murray y Dr. Tessa Tan Torres. A los profesionales del Department of Mental Health and Substance Abuse que se citan a continuación se les agradece especialmente su contribución a la síntesis e interpretación de los datos en su aplicación a los trastornos neuropsiquiátricos contemplados en el programa WHO-CHOICE: Dr. Mark van Ommeren (trastorno bipolar y trastorno de angustia) y Dr. Shekhar Saxena (esquizofrenia y depresión). Finalmente, dado que gran parte del análisis presentado está fundamentado en las estimaciones más recientes sobre los trastornos neuropsiquiátricos efectuadas en el estudio Global Burden of Disease, se agradece la contribución a este trabajo del Dr. José Luis Ayuso-Mateos y el Dr. Bedirhan Ustun. Como no puede ser de otra manera, los puntos de vista expresados en este artículo pertenecen a su autor y no necesariamente a la organización a la que pertenece.

World Psychiatry 2005; 3: 37-44

Bibliografía

1. World Health Organization. The world health report 2001. Mental health: new understanding, new hope. Geneva: World Health Organization, 2001.
2. Ustun B, Ayuso-Mateos JL, Chatterji S et al. Global burden of depressive disorders in the year 2000. *Br J Psychiatry* 2004;184: 427-32.
3. Singh B, Hawthorne G, Vos T. The role of economic evaluation in mental health care. *Aust N Z J Psychiatry* 2001;35:104-17.
4. Shah A, Jenkins R. Mental health economic studies from developing countries reviewed in the context of those from developed countries. *Acta Psychiatr Scand* 1999;100:1-18.

5. Knapp MRJ, Almond S, Percudani M. Costs of schizophrenia: a review. In Maj M, Sartorius N (eds). *Schizophrenia*. Chichester: Wiley, 1999;407-54.
6. Rosenbaum JF, Hylan T. Costs of depressive disorders: a review. In Maj M, Sartorius N (eds). *Depressive disorders*. Chichester: Wiley, 1999;401-49.
7. Tan Torres T, Baltussen RM, Adam T et al. *Making choices in health: WHO guide to cost-effectiveness analysis*. Geneva: World Health Organization, 2003.
8. Chisholm D, Sanderson K, Ayuso-Mateos JL et al. Reducing the burden of depression: a population-level analysis of intervention cost-effectiveness in 14 epidemiologically-defined sub-regions (WHO-CHOICE). *Br J Psychiatry* 2004;184:393-403.
9. Chisholm D, Van Ommeren M, Ayuso-Mateos JL et al. Cost-effectiveness of clinical interventions for reducing the global burden of bipolar disorder: a global analysis (WHO-CHOICE). *Br J Psychiatry* (in press).
10. Hyman S, Chisholm D, Kessler R et al. Mental disorders. In: Jamison D, Breman J, Measham A et al (eds) *Disease control priorities in developing countries*, 2nd ed. New York: Oxford University Press (in press).
11. Ferri C, Chisholm D, Van Ommeren M et al. Resource utilisation for neuropsychiatric disorders in developing countries: a multinational Delphi consensus study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004;39:218-27.
12. Adam T, Evans D, Murray CJ. Econometric estimation of country-specific hospital costs. *Cost Effectiveness and Resource Allocation* 2003;1:3.
13. Leucht S, Pitschel-Walz G, Abraham D et al. Efficacy and extrapyramidal side-effects of the new antipsychotics olanzapine, quetiapine, risperidone, and sertindole compared to conventional antipsychotics and placebo. A meta-analysis of randomized controlled trials. *Schizophr Res* 1999;35:51-68.
14. Mojtabai R, Nicolson RA, Carpenter BN. Role of psychosocial treatments in management of schizophrenia: a meta-analytic review of controlled outcome studies. *Schizophr Bull* 1998;24: 569-87.
15. Commission on Macroeconomics and Health. *Macroeconomics and health: investing in health for economic development*. Geneva: World Health Organization, 2001.
16. Hutubessy R, Chisholm D, Tan Torres T. Generalized cost-effectiveness analysis for national-level priority-setting in the health sector. *Cost Effectiveness and Resource Allocation* 2003;1:8.
17. Institute of Medicine. *Neurological, psychiatric and developmental disorders: meeting the challenge in the developing world*. Washington: National Academy Press, 2001.
18. Jenkins R, McCulloch A, Friedli L et al. *Developing a national mental health policy*. Maudsley Monograph 43. Hove: Psychology Press, 2002.

Efectividad de una forma de intervención psicoeducativa sobre las familias de pacientes con esquizofrenia: resultados preliminares de un estudio sufragado por la Comisión Europea

LORENA MAGLIANO¹, ANDREA FIORILLO¹, GRAINNE FADDEN², FRANCES GAIR³, MARINA ECONOMOU⁴, THOMAS KALLERT⁵, JULIA SCHELLONG⁵, MIGUEL XAVIER⁶, MANUEL GONÇALVES PEREIRA⁶, FRANCISCO TORRES GONZALES⁷, ALBERTO PALMA-CRESPO⁷, MARIO MAJ¹

¹Department of Psychiatry, University of Naples, Italy; ²Birmingham and Solihull Mental Health Trust and University of Birmingham, UK;

³Coventry Mental Health Trust, Coventry, UK; ⁴Department of Psychiatry, University of Athens, Greece; ⁵Department of Psychiatry and Psychotherapy, University of Technology, Dresden, Germany; ⁶Universidade Nova de Lisboa, Portugal; ⁷Department of Psychiatry, University of Granada, Spain

A pesar de que se ha demostrado su eficacia, las intervenciones psicoeducativas sobre las familias de los pacientes con esquizofrenia no se aplican con frecuencia en la práctica clínica. En este artículo se presentan los resultados preliminares de un estudio con 1 año de seguimiento sobre la implementación y la efectividad de una intervención familiar psicoeducativa en seis países europeos. En el estudio participaron 48 profesionales que realizaron la intervención durante 1 año en 55 familias de pacientes esquizofrénicos. Durante el período de implementación, los profesionales observaron dificultades organizativas significativas en la provisión de la intervención, pero reconocieron una mejora de su relación tanto con los pacientes como con sus familias. En la evaluación durante el seguimiento se demostró una mejoría estadísticamente significativa en los síntomas y el funcionamiento social de los pacientes, así como en la carga soportada por los familiares, en las estrategias de superación de éstos y en los recursos sociales.

Palabras clave: intervención psicoeducativa, efectividad, implementación, formación de profesionales, carga familiar, esquizofrenia

Las intervenciones psicoeducativas dirigidas hacia los familiares de los pacientes con esquizofrenia persiguen los siguientes objetivos: a) proporcionar a las familias información relativa al trastorno que sufre el paciente y a su tratamiento; b) mejorar los patrones de comunicación dentro de la familia; c) incrementar la capacidad de las familias para resolver los problemas; d) mejorar las estrategias de superación de los familiares, y e) incrementar la participación de los familiares en actividades sociales fuera de la familia.

Desde el decenio de 1980 se han publicado varios estudios en los que se ha demostrado la eficacia de estas formas de intervención. En los pacientes cuyas familias han recibido intervenciones psicoeducativas, la tasa de recidiva al cabo de 1 año ha oscilado entre el 6 y el 12 %, en comparación con el 41-53 % observado en los grupos de tratamiento convencional. Al cabo de 2 años, las tasas de recidiva eran del 17-40 % y del 66-83 %, respectivamente (para una revisión, v. ref. 1). En un metaanálisis publicado recientemente se ha confirmado que las intervenciones de carácter familiar reducen en cuatro veces la tasa de recidiva de los pacientes al cabo de 1 año y en dos veces esta misma tasa de recidiva en los años siguientes, en comparación con el tratamiento convencional de los casos (2, 3). Además, se ha demostrado que las intervenciones familiares mejoran el cumplimiento del tratamiento farmacológico con antipsicóticos por parte de los pacientes y que reducen los costes económicos asistenciales globales (4).

A pesar de la evidencia de su eficacia, las intervenciones familiares psicoeducativas no se aplican con frecuencia en la práctica clínica. En un estudio realizado en varios países europeos, la proporción de familias que habían recibido en algún momento alguna forma de intervención psicoeducativa osciló entre el 0 % y el 15 % (5). En varios estudios en los que se ha intentado introducir estas formas de intervención en los contextos clínicos convencionales se ha observado que únicamente el 7-27 % de los profesionales formados tiene la capacidad suficiente para llevarlas a la práctica (6), así como que el número medio de familias atendidas por cada terapeuta al año tras la formación específica respecto a las intervenciones familiares oscila entre 1,4 y

1,7 (7). Se ha demostrado que uno de los factores que influyen en la generalización de estas formas de intervención en los servicios de salud mental es la disponibilidad de cursos de formación y de supervisión para los profesionales (6-10).

En este artículo se presentan los resultados preliminares obtenidos en un estudio sobre la implementación y la efectividad de una intervención familiar psicoeducativa convencional en seis países europeos. En este estudio, sufragado por la Comisión Europea dentro del marco del 5th Programme for Research and Technical Development, se ha pretendido evaluar: a) la posibilidad de aplicar las intervenciones psicoeducativas en pacientes con esquizofrenia atendidos en contextos asistenciales convencionales y por parte de profesionales formados específicamente y supervisados en relación con estas intervenciones; b) las dificultades y ventajas experimentadas por los profesionales al implementar este tipo de intervenciones; c) el impacto de la intervención sobre el estado clínico de los pacientes y sobre su funcionamiento social, así como sobre la carga soportada por los familiares, sus estrategias de superación y sus redes de apoyo social.

MÉTODOS

El estudio se ha realizado en los departamentos de psiquiatría de las universidades de Nápoles (Italia), Atenas (Grecia), Lisboa (Portugal), Granada (España) y Dresde (Alemania), así como en el Birmingham and Solihull Mental Health Trust (Reino Unido). Cada uno de los centros seleccionó cuatro servicios de salud mental en los que fueron formados dos profesionales acerca de la intervención familiar psicoeducativa desarrollada por Falloon y cols. (11). Esta intervención está fundamentada en la aplicación de técnicas cognitivo-conductuales en el contexto familiar (con inclusión del paciente), y consiste en los componentes siguientes: a) evaluación de las necesidades individuales y familiares; b) sesiones informativas respecto al trastorno mental del paciente y a su tratamiento; c) formación en destrezas de comunicación; d) formación en destrezas para la resolu-

ción de problemas con objeto de superar la problemática cotidiana y de alcanzar los objetivos tanto individuales como familiares.

Los profesionales asistieron a un curso básico de 40 horas en el que recibieron formación acerca de la intervención mediante la provisión de protocolos, el uso de cintas de audio demostrativas y la simulación de contextos y papeles. Estos materiales, desarrollados específicamente durante la fase preliminar del proyecto, fueron adaptados a cada contexto nacional por parte de los investigadores de los centros correspondientes. Después, se solicitó a los profesionales que implementaran la forma de intervención aprendida en sus propios servicios durante 1 año con los familiares de pacientes con esquizofrenia. El único criterio para la participación de los familiares fue que vivieran con el paciente en la misma casa o bien que hubieran pasado con ellos al menos 15 horas diarias en contacto directo y de manera continua durante los 2 últimos meses.

Durante el período de trabajo con la familia, los profesionales fueron supervisados a través de reuniones quincenales durante 2 meses y, después, a través de reuniones mensuales durante los 4 meses siguientes. Al cabo de 1 año de la finalización del curso básico tuvo lugar una reunión de supervisión adicional. En cada una de estas reuniones de supervisión, se revisaron con detalle los problemas clínicos y de implementación que habían aparecido en el trabajo con las familias. En las reuniones de supervisión primera, tercera, quinta y novena (respectivamente, a las 2 semanas, las 6 semanas, los 3 meses y los 12 meses de la finalización del curso básico) se registraron mediante el Family Intervention Schedule (FIS) las dificultades y ventajas experimentadas por los profesionales en la implementación de la intervención.

Al inicio del estudio y 1 año después del comienzo de la intervención, se evaluaron el estado clínico y el funcionamiento social de los pacientes participantes mediante la Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS, 12) y la Disability Assessment Schedule (DAS, 13). Al mismo tiempo, se solicitó a los familiares participantes que completaran el Family Problems Questionnaire (FPQ, 5), el Family Coping Questionnaire (FCQ, 5) y el Social Network Questionnaire (SNQ, 5). Las evaluaciones fueron realizadas por los investigadores de los centros que habían recibido una formación específica respecto al uso de estos instrumentos.

La FIS es un instrumento de 50 ítems que el encuestado debe completar, en el que se recoge información acerca de: *a*) las familias con las cuales se realiza la intervención; *b*) las dificultades clínicas y organizativas, así como las ventajas, experimentadas por los profesionales al aplicar la intervención. El FPQ es un cuestionario de 29 ítems que el encuestado debe completar, en el que se exploran los problemas objetivos y subjetivos de los familiares, el nivel de apoyo social y profesional existente, y las actitudes respecto al paciente. El FCQ es un cuestionario de 34 ítems que completa el encuestado, en el que se evalúan las estrategias de carácter emocional y orientadas a los problemas adoptadas por los familiares para manejar los síntomas del paciente y sus comportamientos alterados. El SNQ es un cuestionario de 15 ítems completado por el propio encuestado, en el que se evalúan la calidad y la frecuencia de los contactos sociales del encuestado, así como su nivel de apoyo práctico y psicosocial. Los datos relativos a las propiedades psicométricas de los cuestionarios FPQ, FCQ y SNQ se recogen en otra publicación (5).

Se utilizó la prueba de Friedman para determinar si las dificultades y ventajas percibidas por los profesionales en la aplicación de la intervención familiar mostraban alguna modificación significativa entre las reuniones de supervisión primera, tercera, quinta y novena. Se utilizó la prueba ANOVA para comparar el estado clínico del paciente y su funcionamiento social, así como la carga soportada por los familiares, sus estrategias de supera-

ción y las redes sociales de apoyo al final del primer año de seguimiento, en comparación con el inicio del estudio.

RESULTADOS

Los 48 profesionales implicados en el proyecto completaron el curso básico de formación. El 31 % de ellos eran psiquiatras; el 15 %, psicólogos clínicos; el 15 %, asistentes sociales; el 2 %, terapeutas ocupacionales; el 29 %, enfermeros, y el 8 % tenía otras profesiones. El 42 % eran varones, con una edad media de $37,3 \pm 5,8$ años.

Las dificultades más habituales para la implementación de la intervención señaladas por los profesionales fueron la sobrecarga de trabajo, los problemas para la integración del trabajo familiar con otras responsabilidades laborales y la escasez de tiempo disponible en el servicio para llevar a cabo la intervención (tabla 1). Aunque a lo largo del tiempo se observó una disminución de las dificultades de carácter organizativo, al final del primer año de evaluación éstas todavía eran importantes.

Las dificultades relacionadas con la aplicación de la intervención en sí misma disminuyeron a lo largo del tiempo. En particular, el 42 % de los profesionales señaló en la primera reunión de supervisión la existencia de problemas para la identificación de familias adecuadas para la intervención, en comparación con el 15 % en la novena reunión; el 23 % de los profesionales señaló en la primera reunión de supervisión la falta de confianza en las técnicas conductuales, en comparación con el 6 % en la quinta reunión (tabla 1).

En la primera reunión de supervisión, los profesionales señalaron que habían implementado la intervención familiar en el hogar de los participantes en el 30 % de los casos. Este porcentaje aumentó hasta el 42 % en la tercera reunión de supervisión, pero disminuyó hasta el 35 % y el 12 %, respectivamente, en las reuniones quinta y novena.

Las ventajas señaladas con mayor frecuencia por los profesionales respecto a la implementación de la intervención en sus contextos clínicos fueron las relativas a la mejora de sus relaciones con los pacientes y sus familias. En la primera reunión de supervisión el 8 % de los profesionales reconoció haber conseguido resultados clínicos, mientras que en la quinta reunión de supervisión este porcentaje fue del 39 %. En la última reunión de supervisión (1 año después de la finalización del curso básico), el 61 % de los participantes señaló sentir confianza respecto a su trabajo, en comparación con la percepción que tenía al inicio del estudio (tabla 1).

Se propuso la intervención a 96 familias de pacientes esquizofrénicos. No aceptaron participar 31 familias (32 %). Los rechazos fueron debidos principalmente al escepticismo respecto a los efectos de la intervención (27 %), y al mal estado clínico y capacidad de percepción de los pacientes (34 %), así como a la existencia de compromisos de los familiares durante las horas laborales (27 %). Diez de las 65 familias (15 %) que iniciaron el estudio lo abandonaron a lo largo del período de seguimiento. Las razones más frecuentes para el abandono fueron el empeoramiento de la situación clínica del paciente (30 %), la pérdida de interés por parte de los familiares (30 %) y la aparición de problemas de tipo físico en los propios familiares (20 %).

En conjunto, recibió la intervención un total de 55 pacientes (65 % varones; edad media, $30,3 \pm 8,7$ años; el 91 % solteros; el 18 % con trabajo). Su edad media en el momento de inicio de la enfermedad era de $21,8 \pm 6,3$ años; el número medio de hospitalizaciones previas voluntarias e involuntarias era de $1,9 \pm 2,5$ y de $0,7 \pm 1,3$, respectivamente. El número de familiares sobre los que se realizó la intervención fue de 118 (46 % varones; edad media, $51,7 \pm 16,2$ años; el 53 % con trabajo. El 71 % eran los

Tabla 1 Dificultades y ventajas señaladas por los profesionales durante el período de implementación

	A la semana 2 (%)	A la semana 6 (%)	A la semana 12 (%)	A la semana 52 (%)
Dificultades				
Disponibilidad de familias idóneas ^a	42	23	22	15
Tiempo disponible en el servicio para realizar la intervención	53	50	44	40
Integración del trabajo con la familia con la carga de trabajo asistencial y otras responsabilidades laborales	64	54	47	65
Carga de trabajo, demasiado trabajo, trabajo demasiado exigente	65	60	44	43
Inadecuación del abordaje a las necesidades de los pacientes o sus familias	32	4	6	7
Falta de apoyo por parte de la administración o de los compañeros	15	11	13	3
Problemas con la intervención en sí misma	23	21	9	10
Acceso a familias atendidas habitualmente por otros profesionales ^b	20	35	7	17
Realización de otros trabajos fuera del horario de trabajo habitual ^b	42	48	35	14
Falta de confianza en los abordajes conductuales ^b	23	15	6	6
Falta de confianza en el trabajo sobre la familia	16	16	6	13
Mantenimiento de discusiones con la familia	6	12	10	6
Diseño del abordaje de las necesidades de la familia	18	12	10	10
Ventajas				
Mejora de las relaciones con los profesionales	22	20	35	35
Mejora del intercambio de información entre las familias y los profesionales	27	28	38	53
Mayor confianza en el trabajo realizado ^b	14	31	34	61
Resultados clínicos ^c	8	37	39	47
Mejora de las relaciones con los usuarios del servicio ^d	23	44	57	70
Mejora de las relaciones con las familias de los usuarios del servicio ^a	23	49	56	68

^ap < 0,05; ^bp < 0,01; ^cp < 0,001; ^dp < 0,0001.

padres; el 2 %, los cónyuges; el 18 %, hermanos/hermanas; el 4 %, hijos, y el 5 %, otros familiares; el número medio de años que llevaban conviviendo con el paciente era de $27,3 \pm 7,9$).

En la evaluación de seguimiento al cabo de 1 año se observó una mejoría significativa de la situación clínica de los pacientes y de su funcionamiento social, así como también una reducción significativa de la carga tanto objetiva como subjetiva soportada por los familiares (tabla 2). Además, se observó una disminución significativa en el uso de estrategias coercitivas y de resignación como formas de superar las dificultades, y también un incremento en la comunicación positiva de los familiares con el paciente y en sus intereses y contactos sociales. Finalmente, los familiares percibieron un incremento del apoyo prestado por los profesionales en comparación con el existente al inicio del estudio (tabla 2).

DISCUSIÓN

Hasta donde sabemos, éste es el primer estudio realizado sobre la implementación y la efectividad de una intervención psicoeducativa convencional en familiares de pacientes con esquizofrenia, en el que han tenido lugar simultáneamente las características siguientes: *a*) se ha realizado en varios países europeos; *b*) se ha efectuado una supervisión longitudinal de las dificultades y las ventajas experimentadas por los profesionales a través de la aplicación de la intervención en su práctica clínica habitual; *c*) se han evaluado los efectos de la intervención sobre los síntomas y el funcionamiento social de los pacientes, así como sobre la carga soportada por los familiares, sus estrategias de superación y sus redes de apoyo social. En algunos de los países, el estudio está actualmente en curso, realizado por un número mayor de profesionales, y se están utilizando como grupo de control listas de espera aleatorias de familiares que cumplen los criterios de participación.

Las dificultades organizativas encontradas para la implementación de la intervención fueron considerables durante todo el período de seguimiento. Además, los profesionales señalaron un bajo nivel de colaboración por parte de los compañeros. Posiblemente, estos hallazgos están en relación con el hecho de que, en la mayor parte de los contextos clínicos europeos, el tratamiento de la esquizofrenia todavía se realiza casi de forma exclusiva sobre el propio paciente. La introducción de un nuevo tratamiento en el que se considera a la familia como un elemento esencial para la recuperación del paciente con esquizofrenia posiblemente induzca escepticismo o resistencia entre los profesionales. Es necesario diseñar estrategias para eliminar las barreras que limitan la implementación de las intervenciones familiares en la práctica clínica y para facilitar la colaboración de todos los profesionales. Estas estrategias pueden ser la introducción de cambios de tipo logístico en la organización de los servicios de salud mental, como la flexibilización de los horarios de trabajo y los incentivos laborales para los profesionales implicados en el proceso de implementación, así como el control de la dinámica de los profesionales a través de técnicas de psicología laboral.

La mayor parte de las ventajas señaladas por los profesionales durante la fase de implementación aumentaron posteriormente a lo largo del tiempo. Las ventajas indicadas por estos profesionales están en línea con la mejoría estadísticamente significativa de la situación clínica de los pacientes y de su funcionamiento social, demostrada en la evaluación de seguimiento. El incremento del grado de confianza de los profesionales con respecto a su propio trabajo posiblemente está en relación con la realización de reuniones regulares de supervisión en las que estos profesionales tuvieron la oportunidad de comparar sus experiencias y de establecer estrategias comunes para solucionar los problemas que habían aparecido en el trabajo con las familias.

La implementación de la intervención psicoeducativa se asoció a una mejora estadísticamente significativa de los síntomas y el funcionamiento social de los pacientes, así como de la carga

Tabla 2 Situación clínica y funcionamiento social de los pacientes, así como carga soportada por los familiares, estrategias de superación de los familiares y redes sociales de apoyo, al inicio del estudio y al cabo de 1 año de seguimiento

	Al inicio del estudio (media $\pm$ DE)	Seguimiento (media $\pm$ DE)	p <
Pacientes			
Síntomas positivos en la BPRS	2,2 $\pm$ 1,0	1,7 $\pm$ 0,9	0,0001
Síntomas negativos en la BPRS	2,3 $\pm$ 1,1	1,9 $\pm$ 1,0	0,01
Síntomas de depresión/ansiedad en la BPRS	2,6 $\pm$ 1,1	2,1 $\pm$ 0,9	0,001
Síntomas maníacos/de hostilidad en la BPRS	1,9 $\pm$ 0,9	1,6 $\pm$ 0,7	0,01
Puntuación global en la DAS	2,6 $\pm$ 1,1	2,1 $\pm$ 1,1	0,0001
Familiares			
<i>Carga soportada</i>			
Dimensión objetiva	1,7 $\pm$ 0,7	1,4 $\pm$ 0,4	0,0001
Dimensión subjetiva	2,1 $\pm$ 0,5	1,8 $\pm$ 0,5	0,0001
<i>Estrategias de superación</i>			
Coerción	1,9 $\pm$ 0,7	1,6 $\pm$ 0,6	0,01
Implicación social del paciente	3,1 $\pm$ 0,7	3,1 $\pm$ 0,8	N.S.
Confabulación	2,3 $\pm$ 0,8	2,0 $\pm$ 0,7	0,01
Comunicación positiva	3,1 $\pm$ 0,5	3,3 $\pm$ 0,5	0,0001
Evitación	1,3 $\pm$ 0,7	1,1 $\pm$ 0,3	0,01
Información	2,7 $\pm$ 0,9	2,5 $\pm$ 0,9	N.S.
Mantenimiento de los intereses sociales	2,5 $\pm$ 0,5	2,8 $\pm$ 0,6	0,0001
Charlas con los amigos	2,2 $\pm$ 1,1	2,2 $\pm$ 0,9	N.S.
Resignación	2,3 $\pm$ 0,8	1,8 $\pm$ 0,7	0,0001
Ayuda espiritual	2,8 $\pm$ 1,3	2,5 $\pm$ 1,2	0,01
Consumo de alcohol	1,2 $\pm$ 0,6	1,1 $\pm$ 0,5	N.S.
<i>Redes de apoyo social</i>			
Apoyo emocional	2,9 $\pm$ 0,7	3,0 $\pm$ 0,7	N.S.
Apoyo práctico	3,4 $\pm$ 1,1	3,2 $\pm$ 0,8	0,01
Contactos sociales	2,1 $\pm$ 0,5	2,4 $\pm$ 0,6	0,0001
<i>Ayuda recibida</i>			
Ayuda profesional	3,1 $\pm$ 0,6	3,4 $\pm$ 0,4	0,0001
Comprensión por parte de los amigos	2,6 $\pm$ 0,8	2,8 $\pm$ 0,7	N.S.

BPRS: Brief Psychiatric Rating Scale; DAS: Disability Assessment Schedule.

soportada por las familias y de sus estrategias de superación. Estos resultados, que son congruentes con los datos publicados en la bibliografía (3, 8), se podrían interpretar a la luz del modelo de estrés-vulnerabilidad de la esquizofrenia (14). Este modelo postula el hecho de que los episodios psicóticos se deben a la interacción entre la vulnerabilidad individual del paciente y el nivel de estrés existente en el entorno del paciente. Según este modelo, la mejora de la situación clínica y del funcionamiento social de los pacientes al cabo de 1 año puede estar relacionada con las modificaciones en las estrategias con las que los familiares controlan las situaciones problemáticas cotidianas a consecuencia de la intervención psicoeducativa (5).

Los resultados de este estudio apoyan el concepto de que es posible introducir intervenciones psicoeducativas en los contextos clínicos convencionales. Son necesarios nuevos estudios para identificar los obstáculos de carácter organizativo, socio-cultural, clínico y metodológico que suelen presentarse, que pueden limitar la posibilidad de que los pacientes esquizofrénicos y sus familiares reciban estas formas de intervención en el contexto asistencial convencional.

Agradecimientos

El grupo de trabajo ha incluido a los profesionales siguientes: Italia: C. De Rosa, C. Malangone, C. Avino, F. Rossano, M. Branciforti, L. Re, E. Pagano, G. Secchi, A. Distefano, R. D'Ambrogio, E. Di Gerbo, G. De Nigris, C. D'Andrea, A. Galuppi, R. Tallarida,

R. Maniscalco; Reino Unido: C. Morrell, M. Birchwood, M. Murphy, S. Robinson, J. King, J.F. Taylor, A. Conway, K.A. Scott, J. Gunden, P. Talman, R. Peumalu, D. Frank, E. Remedios, P. Ledger; Grecia: A. Palli, C. Kollias, G. Efstathiou, K. Tsonga, K. Lagiou, A. Theodorou, M. Simeonidou, R. Tsalla, I. Haralambopoulos, A. Ifandis, V. Lagari, H. Siousoura, G. Lipteraki, I. Katsogianni, A. Grammatikos; Alemania: C. Kulke, B. Ripke, N. Kernweiß, K. Kozok, J. Siebenhörl, S. Ehlert, F. Burkhard, A. Schaumburg, C. Christiansen, F. Meißner, U. Kümmel; Portugal: J.M. Caldas de Almeida, A. Neves, B.B. Correa, I. Landeiro, P. Domingos, J. Gamaireiro, L. Santos, P. Mateus, M.J. Nogueira, T.M. Correia, L. Bravo, N. Oliveria, I. Sousa, A. Morais, F. Reis, J. Chainho, A. Marques, T. Neves; España: A. Jiménez-Gea, M.M. Muñoz, E.P. Carnicero, M. Fernández, E. García, J.J. Martínez, J. Higuera, T. Linares, J. Ramírez, F. Mayoral, M.A. Haza, R. Gómez, A. Berrozpe, J. Quilis, R. Cabai. Este proyecto ha sido sufragado por la Comisión Europea dentro del marco del Fifth Programme for Research and Technical Development (contrato número QL4-CT2000-01554).

World Psychiatry 2005; 3: 45-49

Bibliografía

1. Falloon IR. Family interventions for mental disorders: efficacy and effectiveness. *World Psychiatry* 2004;2:20-8.
2. Dixon LB, Lehman AF. Family interventions for schizophrenia. *Schizophr Bull* 1995;21:631-43.

3. Pharaoh F, Rathbone J, Mari JJ et al. Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2003.
4. Tarrier N, Barrowclough C, Vaughn C et al. The community management of schizophrenia. A controlled trial of a behavioural intervention with families to reduce relapse. *Br J Psychiatry* 1988; 153:532-42.
5. Magliano L, Fadden G, Madianos M et al. Burden on the families of patients with schizophrenia: results of the BIOMED I study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998;33:405-12.
6. McFarlane WR, Lukens E, Link B et al. Multiple-family groups and psychoeducation in the treatment of schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1995;52:679-87.
7. Fadden G. Implementation of family interventions in routine clinical practice following staff training programs: a major cause for concern. *J Ment Health* 1997;6:599-612.
8. McCreddie RG, Phillips K, Harvey JA et al. The Nithsdale schizophrenia surveys. VIII: Do relatives want family intervention – and does it help? *Br J Psychiatry* 1991;158:110-3.
9. Brooker C, Falloon I, Butterworth A et al. The outcome of training community psychiatric nurses to deliver psychosocial intervention. *Br J Psychiatry* 1994;165:222-30.
10. Randolph ET, Eth S, Glynn SM et al. Behavioural family management in schizophrenia. Outcome of a clinical intervention. *Br J Psychiatry* 1994;164:501-6.
11. Falloon IR, Boyd JL, McGill CW et al. Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia. Clinical outcome of a two-year longitudinal study. *Arch Gen Psychiatry* 1985;42:887-96.
12. Lukoff D, Nuechterlein KH, Ventura J. Manual for the expanded Brief Rating Rating Scale (BPRS). *Schizophr Bull* 1986;12:594-601.
13. World Health Organization. Psychiatric Disability Assessment Schedule (DAS). Geneva: World Health Organization, 1988.
14. Zubin J, Spring B. Vulnerability – a new view of schizophrenia. *J Abnorm Psychol* 1977;86:103-26.

Efectos psicológicos sobre las mujeres embarazadas y sus hijos de la explosión de una bomba en la embajada estadounidense en Nairobi

DAVID M. NDETEI¹, RUTHIE C. RONO², SUSAN W. MWANGI³, BENSON OTOTO⁴, JAEAL ALARO³, MARGARET ESAKWA³, JUDY MWANGI³, ANTHONY KAMAU³, CALEB J. OTHIENO¹, VICTORIA MUTISO¹

¹Department of Psychiatry, University of Nairobi/Africa Mental Health Foundation, Ralph Bunche Road, P.O. Box 48423-00100, Nairobi, Kenya;

²United States International University, Nairobi, Kenya; ³Africa Medical and Research Foundation; ⁴Beam Hearing Centre, Nairobi, Kenya

Se ha realizado un estudio de carácter descriptivo sobre las mujeres embarazadas afectadas por la explosión de una bomba en Nairobi, Kenia, en 1998, así como sobre los hijos que tuvieron posteriormente estas mujeres. Los efectos psicológicos del episodio sobre las mujeres afectadas fueron intensos. Al cabo de 3 años, la puntuación media en la Impact of Event Scale-Revised era todavía superior a 29 en la combinación de las tres subescalas, lo que indica que la mayor parte del grupo de estudio todavía sufría un trastorno de estrés posttraumático (TEPT) de carácter clínico. Las puntuaciones en todas las subescalas de la Childhood Personality Scale (CPS) fueron significativamente mayores en los niños del grupo de estudio que en los controles. Los niveles sintomáticos de TEPT de las madres al cabo de 1 mes de la explosión se relacionaron con los perfiles de la CPS en los niños.

Palabras clave: mujeres embarazadas, estrés psicológico, alteraciones en el comportamiento de los niños

Hay pruebas de la asociación entre ansiedad y estrés psicológico en las mujeres embarazadas y los problemas de adaptación durante la infancia de los hijos de los que están embarazadas estas mujeres en el momento del episodio de ansiedad/estrés (1-3). Además, en grupos de población de delinquentes se ha demostrado que hay una prevalencia mayor de antecedentes de problemas prenatales y estrés, en comparación con los grupos de población no delinquentes (4). La hipótesis planteada en este estudio fue que las mujeres keniatas embarazadas que sufrieron un trastorno de estrés agudo (TEA) y un trastorno de estrés posttraumático (TEPT) tenían más posibilidades de tener hijos (de los cuales estaban embarazadas en el momento del inicio del TEA/TEPT) con comportamientos inadaptados y problemas psicológicos.

Se ha realizado un estudio con diseño descriptivo sobre las mujeres embarazadas que quedaron afectadas por la explosión de una bomba que tuvo lugar el 7 de agosto de 1998 en Nairobi, Kenya, y también sobre los hijos de los que estaban embarazadas estas mujeres en el momento de la explosión. Fue un desastre en el que fallecieron 213 personas y otras 5.000 presentaron lesiones, que fueron atendidas en los hospitales de toda la ciudad (5).

El momento y la localización de la explosión de la bomba, que afectó a una población de carácter cosmopolita, así como el gran número de mujeres embarazadas afectadas por este episodio, hacen que el grupo de estudio sea una muestra representativa.

MÉTODOS

En el estudio participaron, tras la obtención de su consentimiento informado, 37 mujeres embarazadas que habían sobrevivido a la explosión de la bomba. Como grupo de control, y también tras el otorgamiento de su consentimiento informado, se seleccionaron aleatoriamente 41 mujeres con un contexto socioeconómico similar pero que no tenían antecedentes de ninguna forma de traumatismo durante su embarazo y cuyos hijos presentaban el mismo intervalo de edades (23-38 meses) que los del grupo de estudio.

Además de las historias clínicas y de un cuestionario sociodemográfico, se utilizaron las escalas Event Scale-Revised (IES-R) (6) y Childhood Personality Scale (CPS) (7). La segunda escala está constituida por 48 ítems que cubren una amplia categoría de comportamientos infantiles, la mitad de los cuales son considerados socialmente deseables (normales) y la otra mitad son considerados anormales. En todos los ítems, las puntuaciones elevadas indican la desviación del niño respecto a la normalidad. Los ítems se agrupan además en subescalas: socialización, depresión, hiperactividad, creatividad, atención.

Durante las sesiones de orientación al grupo de estudio, se les permitió a las madres que expresaran libremente sus experiencias y sentimientos en relación con el impacto de la explosión en sus vidas. Se registraron todos esos comentarios y las observaciones realizadas. Los datos fueron analizados mediante el programa estadístico para ciencias sociales (SPSS, versión 10.0). Se utilizaron las pruebas de Student y de la χ^2 , según lo indicado, para comparar las variables entre las dos muestras, así como el coeficiente de correlación de Pearson para comprobar las correlaciones entre las variables. A causa del pequeño tamaño de la muestra, el nivel de intervalo de confianza se estableció en el 90 %.

Se obtuvo autorización para la realización del estudio por parte del gobierno keniatá.

RESULTADOS

Toda las madres eran de origen africano; la mayor parte (92 %) era keniatá. Las edades de las madres que habían experimentado

Tabla 1 Puntuaciones en las subescalas de la Impact of Event Scale-Revised, en las mujeres traumatizadas (n = 37) 1 mes y 3 años después de la explosión

	1 mes después		3 años después		t	p
	Media $\pm$ DE	Intervalo	Media $\pm$ DE	Intervalo		
Reexperimentación	19,5 $\pm$ 6,0	3-28	16,1 $\pm$ 7,0	0-28	2,36	0,02
Vigilia excesiva	26,9 $\pm$ 8,9	7-40	21,4 $\pm$ 10,9	0-39	2,54	0,01
Evitación	51,4 $\pm$ 22,0	7-91	44,1 $\pm$ 25,0	2-92	1,93	0,06

Tabla 2 Puntuaciones en las subescalas de la Childhood Personality Scale en los hijos de las mujeres traumatizadas y en los niños del grupo de control

	Grupo de estudio (n = 37)	Grupo de control (n = 41)	t	p
Comportamiento normal				
Media $\pm$ DE (intervalo) (puntuación máxima = 144)	78,6 $\pm$ 33,3 (7-124)	29,5 $\pm$ 13,7 (5-62)	7,51	0,001
Alteración del comportamiento				
Media $\pm$ DE (intervalo) (puntuación máxima = 144)	71,9 $\pm$ 16,7 (37-97)	57,0 $\pm$ 21,6 (10-94)	2,88	0,007
Depresión				
Media $\pm$ DE (intervalo) (puntuación máxima = 78)	30,9 $\pm$ 11,9 (4-49)	23,4 $\pm$ 11,2 (1-45)	2,61	0,01
Socialización				
Media $\pm$ DE (intervalo) (puntuación máxima = 102)	54,8 $\pm$ 23,9 (0-90)	18,8 $\pm$ 23,9 (3-45)	7,76	0,001
Hiperactividad				
Media $\pm$ DE (intervalo) (puntuación máxima = 60)	37,6 $\pm$ 8,8 (16-54)	30,0 $\pm$ 11,6 (9-59)	2,75	0,009
Creatividad				
Media $\pm$ DE (intervalo) (puntuación máxima = 24)	13,2 $\pm$ 7,5 (0-24)	5,6 $\pm$ 4,4 (0-18)	4,88	0,001
Atención				
Media $\pm$ DE (intervalo) (puntuación máxima = 24)	14,2 $\pm$ 4,9 (0-23)	8,6 $\pm$ 3,8 (1-15)	5,46	0,001

el traumatismo oscilaron entre los 24 y los 41 años, con una media de 32 años; el intervalo de edades y la edad media de las madres que no habían experimentado el traumatismo fueron 21, 39 y 28,7 años, respectivamente ($p = 0,083$). No hubo diferencias entre ambas muestras con respecto al nivel educativo ($p = 0,413$) ni al número de niños ($p = 0,891$). Las mujeres que habían experimentado un traumatismo presentaron más posibilidades de tener un empleo formal (78,4 % frente a 26,8 %, $p = 0,002$).

En el grupo de mujeres traumatizadas, el 86,5 % estaba a menos de 100 metros del epicentro de la explosión, y el resto, a una distancia de 200-400 metros. Debido a los efectos de la exposición a la explosión, el 89,2 % de las mujeres no pudo volver a trabajar de manera inmediata (la duración de la baja laboral osciló entre 1 mes y 3 años). Según su propia percepción, el 54,1 % de las mujeres traumatizadas perdió el conocimiento, mientras que

el 32,4 % no perdió el conocimiento, y el resto no pudo recordarlo. Siete mujeres perdieron a familiares cercanos en el desastre, incluyendo una que había perdido a su marido; las otras 30 habían perdido al menos a un amigo o amiga cercanos.

Treinta y dos mujeres traumatizadas habían recibido ayuda en forma de orientación (3 de ellas inmediatamente después de la explosión; otras 4 durante el primer mes y otras 24 después del primer mes. Esta ayuda fue considerada muy útil por el 55 % de las mujeres y útil por otro 32 %.

En la tabla 1 se recogen las puntuaciones medias obtenidas en las dimensiones de reexperimentación, vigilia excesiva y evitación de la escala IES-R al cabo de 1 mes y de 3 años de la explosión de la bomba. En ambas ocasiones se obtuvo una puntuación media superior a 29 en la combinación de las tres subescalas, una cifra indicativa de TEPT clínico (8).

Tabla 3 Correlaciones entre las puntuaciones de las mujeres traumatizadas en la escala Impact of Event Scale-Revised y las puntuaciones de sus hijos en la escala Childhood Personality Scale (se muestran los valores p)

	Comportamiento normal	Comportamiento alterado	Depresión	Socialización	Hiperactividad	Creatividad	Atención
Exposición	0,694	0,032*	0,090*	0,907	0,127	0,573	0,382
Índice de seguridad	0,035*	0,335	0,036*	0,011*	0,127	0,504	0,428
Respuesta inicial	0,544	0,450	0,836	0,658	0,075*	0,651	0,184
Reexperimentación 1	0,027*	0,702	0,495	0,018*	0,746	0,116	0,249
Reexperimentación 2	0,368	0,417	0,305	0,395	0,975	0,179	0,912
Vigilia excesiva 1	0,012*	0,854	0,646	0,014*	0,322	0,049*	0,061*
Vigilia excesiva 2	0,347	0,241	0,234	0,387	0,665	0,210	0,590
Evitación 1	0,074*	0,727	0,642	0,048*	0,233	0,466	0,258
Evitación 2	0,543	0,154	0,222	0,586	0,431	0,223	0,968

1: 1 mes después de la explosión; 2: 3 años después de la explosión.

* $p < 0,01$.

La edad de los niños del grupo de estudio en el momento de la entrevista oscilaba entre 23 y 38 meses, con una media de 34 meses, mientras que en el grupo de control estas cifras eran de 29-40 meses y 35 meses, respectivamente. En el grupo de estudio había un 54,1 % de niños de sexo masculino y un 45,9 % de sexo femenino, mientras que las cifras correspondientes en el grupo de control eran del 41,5 % y el 58,5 %. No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos con respecto al lugar de nacimiento, el tipo de parto y la puntuación Apgar, aunque sí las hubo respecto a la duración de la gestación en el momento del nacimiento (9 meses: 70,3 % en el grupo de estudio, 90,2 % en el grupo de control; 8 meses: 5,4 % y 7,3 %; 7 meses: 24,3 % y 2,4 %, $p = 0,0001$). En los niños del grupo de estudio, la duración de la gestación en el momento en el que tuvo lugar la explosión era la siguiente: primer trimestre, 16,2 %; segundo trimestre, 37,8 %; tercer trimestre, 45,9 %.

El perfil de la CPS observado en ambos grupos se resume en la tabla 2. La puntuación media fue significativamente mayor en el grupo de estudio con respecto a todas las subescalas.

La tabla 3 resume las correlaciones entre las puntuaciones de las madres en la escala IES-R y las puntuaciones de los hijos en las subescalas CPS. En conjunto, se puede observar que se halló correlación significativa entre las experiencias de las madres en el momento de la explosión y 1 mes después del episodio y el comportamiento de los niños, mientras que el estado emocional de las madres al cabo de 3 años no mostró esta correlación.

DISCUSIÓN

Éste ha sido un estudio descriptivo que se ha realizado sobre una muestra de tamaño relativamente pequeño. Hasta donde sabemos, no se han publicado otros estudios en circunstancias similares con los que se puedan establecer comparaciones.

Las características sociales y demográficas de las madres que participaron en los grupos de estudio y de control reflejan las características de la población keniana general. Ambos grupos fueron similares con respecto a todas las características sociodemográficas, excepto por la ocupación. Las diferencias en la ocupación laboral se podrían explicar por la proximidad de la zona comercial al epicentro de la explosión de la bomba.

Los efectos psicológicos de este episodio catastrófico sobre las mujeres expuestas fueron intensos, según la evaluación mediante la IES-R. Al cabo de 3 años se observaron mejorías significativas en las subescalas de vigilia excesiva y de reexperimentación, pero la puntuación media en la IES-R todavía era superior a 29 en la combinación de las tres subescalas, lo que indica que la mayor parte de las participantes todavía sufría un TEPT clínico, a pesar de que habían percibido la utilidad de las sesiones de orientación posteriores al episodio.

Las puntuaciones obtenidas en todas las subescalas de la CPS fueron significativamente mayores en los niños del grupo de estudio que en los del grupo de control. Estos resultados confirman la percepción de las madres del grupo de estudio respecto a que sus hijos parecían diferentes de otros niños, una observación para la que las madres no tenían ninguna explicación. Se halló correlación entre los niveles sintomáticos de TEPT de las madres correspondientes al grupo de estudio al cabo de 1 mes del episodio y las alteraciones en el comportamiento de los niños. Sin embargo, no se halló

correlación entre las puntuaciones TEPT al cabo de 3 años de la explosión y los perfiles de los niños observados en la escala CPS.

A pesar de los efectos beneficiosos percibidos por las intervenciones realizadas tras la explosión de la bomba, las mujeres que sufrieron exposición a la explosión presentaron efectos limitados de la intensidad del TEPT 3 años después del episodio, lo que subraya la necesidad de evaluar las intervenciones psicológicas respecto a las víctimas del trauma con el objetivo de que sean más efectivas y culturalmente adecuadas.

Agradecimientos

Los autores quieren dar las gracias a la United States Agency for International Development (USAID) y al AMREF Headquarters por la ayuda económica y técnica; al gobierno keniano por la autorización para realizar el estudio; a AMREF-Kenya por su apoyo técnico; a las víctimas de la explosión de la bomba y a sus familiares por participar en el estudio, y al Dr. E Nantulya por la asistencia médica prestada a los niños. E Ongecha, P. Kiragu, N. Njagi, B. Gikonyo, E. Muchoki, W. Wahome, L. Kirugara, C. Mwari, C. Irungu, G. Maina, C. Kavita, E. Bwire, A. Ndumbu, A. Ong'any, H. Okaalo, T. Khamis, A. Iraki, S. Abdul, G. Odhiambo, E. Mbatha, C. Marumbu, L.I. Khasakhala, A. Omar, E. Njogu, R. Ikunyua, R. Lewa, I. Mwangi y G. Nyansiaboka participaron en las diversas fases del estudio. Los autores también quieren dar las gracias al equipo de apoyo técnico senior de AMREF-Kenya (M. Kjaer, F. Ilako, T. Omurwa) así como al personal de la oficina de atención a las víctimas del desastre (B. Karanja, D. Masongo, G. Ong'ayo and S. Sisei).

World Psychiatry 2005; 3: 50-52

Bibliografía

1. Pasamanick B. Pregnancy experience and the development of behaviour disorders in children. *Am J Psychiatry* 1956;112:613-7.
2. Stott DH. Follow-up study from birth of the effects of prenatal stresses. *Dev Med Child Neurol* 1973;15:770-87.
3. Stott DH, Latchford SA. Prenatal antecedents of child health, development and behaviour. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1976;15:161-91.
4. Lewis DO, Shanok S. Medical histories of delinquent and non-delinquent children: an epidemiological study. *Am J Psychiatry* 1977;134:1020-5.
5. Njenga F, Nyamai C. The experience of the Nairobi US Embassy bombing. In: Lopez-Ibor JJ, Christodoulou G, Maj M et al (eds). *Disasters and mental health*. Chichester: Wiley, 2005:153-66.
6. Weiss DS, Marmar CR. The Impact of Event Scale - Revised. In: Wilson JP, Keane TM (eds). *Assessing psychological trauma and PTSD: a practitioner's handbook*. New York: Guilford, 1977: 394-411.
7. Dibble E, Cohen DJ. Companion instruments for measuring children's competence and parental style. *Arch Gen Psychiatry* 1974;30:805-15.
8. Blanchard EB, Hickling EJ. After the crash. Assessment and treatment of motor vehicles accidents survivors. Washington: American Psychological Association, 1997.

Vida laboral y salud mental: ¿un reto para la psiquiatría?

LENNART LEVI^{1,2}

¹WPA Section on Occupational Psychiatry

²Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden

Según la Organización Mundial de la Salud, «los problemas de la salud mental y los trastornos relacionados con el estrés constituyen la causa principal de fallecimiento prematuro en Europa». Algunas de las causas básicas de esta forma de morbilidad y mortalidad están relacionadas con condiciones de vida y con condiciones laborales que son susceptibles de intervenciones preventivas y terapéuticas, tanto individuales como colectivas. En la actualidad, se está desarrollando un consenso político para este tipo de intervenciones. Los miembros de la Sección de psiquiatría ocupacional de la WPA hemos contribuido a esta iniciativa y actualmente invitamos a todos los lectores a que se unan a nuestra sección en sus esfuerzos.

Palabras clave: salud mental laboral, estrés relacionado con el trabajo, prevención de enfermedades, promoción de la salud, abordaje de sistemas

Según Hipócrates, «un médico que visita a su paciente no debe tomarle inmediatamente el pulso sin prestar atención a sus condiciones de vida. Además, no debe atenderlo permaneciendo de pie [...] sino que debe sentarse durante un rato y preguntarle cariñosamente cuál es su problema, cómo empezó y cuántos días lleva sintiendo molestias. También debe preguntarle si sus deposiciones son adecuadas y qué es lo que come». A esta cita, Ramazzini añadió: «También le debe preguntar a qué se dedica».

Esta última declaración, de carácter pionero, fue publicada hace más de tres siglos. Desde entonces, se ha hecho patente que hay una amplia gama de situaciones vitales y de situaciones laborales que son determinantes poderosos de la salud, tanto para bien como para mal. La relación entre las condiciones laborales y la salud es recíproca: las condiciones de trabajo afectan la salud y la salud afecta en todos los casos la productividad de las personas, su capacidad para obtener ingresos y sus relaciones sociales y familiares. No es necesario insistir en que esta relación se verifica con respecto a todos los aspectos de la salud, tanto de la salud física como de la salud mental.

Sin embargo, antes de hacer ninguna «propuesta de acción», tanto a los psiquiatras como a otros profesionales, es necesario considerar si realmente hay un problema, es decir, si los trastornos de estrés y depresión relacionados con la vida laboral son frecuentes, si tienen consecuencias importantes, si están mostrando un aumento en su prevalencia y gravedad, y si pueden ser modificados por las distintas formas de intervención (2). Los datos disponibles indican que la respuesta a todas estas cuestiones es afirmativa. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (3), «los problemas de salud mental y los trastornos relacionados con el estrés constituyen la causa más importante de fallecimiento prematuro en Europa». Sin embargo, la cuestión no sólo es la de la mortalidad prematura. Según el mismo informe, la salud y la enfermedad mentales constituyen una de las principales preocupaciones de salud en Europa hoy en día. En particular, la depresión,

el suicidio y otros trastornos relacionados con el estrés, junto con los estilos de vida de carácter destructivo y las enfermedades psicósomáticas, causan un inmenso sufrimiento tanto a las personas como a sus familias y conllevan un «enorme coste económico para la sociedad».

¿Qué magnitud tiene este «coste económico»? Según un informe elaborado durante la presidencia irlandesa de la Unión Europea (UE) citado por la Organización Internacional del Trabajo, OIT, el coste de los problemas de salud mental en los 15 estados miembro de la UE durante el año 2000 fue aproximadamente un 3-4 % del producto interior bruto (PIB). Si se toma un porcentaje del 3,5 % y se utiliza el PIB de la UE 15 (19 billones 301.000 millones de euros en 2003) como base para el cálculo, este coste sería de aproximadamente 325.000 millones de euros.

LAS CAUSAS BÁSICAS

¿Se conocen las causas básicas de este problema? En caso de que la respuesta sea afirmativa, ¿es posible modificarlas?

Según la OMS (3), los problemas de la salud mental pueden ser debidos a una combinación de circunstancias: factores biológicos, sociales y psicológicos, así como a acontecimientos estresantes. Generalmente, todas esas circunstancias dan lugar a dificultades vitales personales o a problemas en el entorno de las personas. En su análisis de estas circunstancias, el gobierno británico (5) destacó cinco tipos distintos de factores, ejemplificando cada uno de ellos (tabla 1). Los factores «fijos», que aparecen en la primera columna, son difíciles de ajustar, mientras que es posible implementar intervenciones respecto a los factores que aparecen en las otras cuatro columnas: sociales y económicos, del entorno; del estilo de vida, y del acceso a los servicios.

La significación causal de los cuatro últimos tipos de factores ha sido analizada por Wilkinson y Marmot (6). Estos investiga-

Tabla 1 Factores que influyen en la salud (según el gobierno británico) (5)

Fijos	Sociales y económicos	Ambientales	De estilo de vida	De acceso a servicios
Genes	Pobreza	Calidad del aire	Dieta	Educación
Sexo	Ocupación laboral	Vivienda	Actividad física	Sistema nacional de salud
Edad	Exclusión social	Calidad del agua	Consumo de cigarrillos	Servicios sociales
		Ambiente social	Consumo de alcohol	Transportes
			Comportamiento sexual	Actividades de ocio
			Fármacos	

dores señalan que los «hechos demostrados» son: a) que las circunstancias sociales y económicas afectan intensamente la salud de las personas a lo largo de toda su vida; b) que el estrés relacionado con el trabajo, el desempleo y la inseguridad laboral incrementan el riesgo de enfermedad; c) que la exclusión social induce la aparición de riesgos para la salud, mientras que el apoyo social facilita la salud y el bienestar; d) que las personas pueden acudir al alcohol, las drogas y el tabaco con las consecuencias negativas que ello conlleva, pero que este proceso también está influido por el contexto social general, que a menudo queda fuera del control individual.

BRECHAS ENTRE LA CIENCIA, LA POLÍTICA Y LA IMPLEMENTACIÓN PRÁCTICA

La posibilidad de intervenir sobre los cuatro tipos de factores comentados es un hecho bien conocido, y hay abundantes pruebas de tipo circunstancial que apoyan esta posibilidad. A pesar de ello, existe todavía una gran brecha entre la ciencia y la política, y una brecha aún más amplia entre la política y la implementación práctica. Ésta es la razón por la que, hasta el momento, ha habido «mucho ruido y pocas nueces». Personalmente, considero que la WPA, sus sociedades miembro y el propio lector se deberían sentir interpelados para contribuir a la corrección de esta situación.

En 1970, la OMS y la University of Uppsala patrocinaron conjuntamente un simposio internacional interdisciplinar de alto nivel en el Karolinska Institute de Estocolmo, con el tema genérico de «Sociedad, estrés y enfermedad» (7). Posteriormente, se realizaron otros cuatro simposios con temas más centrados sobre las cuatro fases principales del ciclo vital humano, desde el nacimiento hasta la muerte (8-11), en los que se resumió toda la evidencia científica existente, para su posterior formulación política e implementación práctica. En 1973, la OMS designó a nuestro departamento del Karolinska Institute como el primer centro colaborador sobre factores psicosociales y salud. En 1974, la 27th World Health Assembly estuvo dedicada a una discusión detallada sobre estas cuestiones. En 1979, el informe pionero del US Surgeon General sobre la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud incluyó un capítulo acerca de los factores psicosociales en la medicina preventiva (12). Tras una serie de consultas y seminarios conjuntos sobre temas específicos, se publicó el informe conjunto de la OIT y el Committee on Occupational Health, de la OMS sobre «Factores psicosociales en el ámbito laboral: reconocimiento y control», que posteriormente fue adoptado por el Consejo de administración de la OIT y por el Comité ejecutivo de la OMS, y publicado (13) en forma de una serie de recomendaciones conjuntas para todas las sociedades afiliadas en todo el mundo. Al poco tiempo, la OMS compiló y publicó un documento que representaba la síntesis de todas estas iniciativas, denominado «Factores psicosociales en el ámbito laboral y su relación con la salud» (14), que posteriormente fue adaptado 5 años después en un ambicioso informe de la OIT (15), «Prevención del estrés en el ámbito laboral».

EXPOSICIÓN GENERALIZADA A FACTORES DE RIESGO, MORBILIDAD Y MORTALIDAD

Durante el decenio de 1990, la European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions llevó a cabo y publicó tres importantes encuestas acerca de las condiciones laborales y la salud de los trabajadores en los estados miembro de la UE.

Según los resultados de la más reciente de ellas (16), más de la mitad de los 160 millones de trabajadores de la UE15 consideran

que trabajan a una velocidad excesiva (56 %), con plazos límite demasiado ajustados (60 %). Más de la tercera parte no puede influir en el orden de las tareas. El 40 % señala que su trabajo es monótono. Estos «factores de estrés» laborales posiblemente han contribuido al espectro actual de mala salud: el 15 % de los trabajadores sufre cefaleas; el 23 %, dolores en el cuello y los hombros; el 23 %, fatiga; el 28 %, «estrés», y el 33 %, cefaleas (16). Hay muchas otras enfermedades, algunas de las cuales son potencialmente mortales.

El estrés sostenido en el ámbito laboral constituye un determinante importante de los trastornos depresivos. Estos trastornos representan el cuarto problema más importante de la carga global de enfermedades. Además, se espera que para 2020 el estrés sea el segundo problema más importante, por detrás únicamente de la cardiopatía isquémica, pero por delante de todas las demás enfermedades (17).

También es probable que el estrés sostenido en el trabajo constituya un determinante importante del síndrome metabólico (18, 19). Este síndrome es una combinación de: acumulación abdominal de tejido adiposo; disminución de la sensibilidad celular frente a la insulina; dislipidemia (aumento en las concentraciones de triglicéridos y de colesterol transportado por las lipoproteínas de baja densidad, y disminución en las concentraciones de colesterol transportado por lipoproteínas de alta densidad), e hipertensión, factores que posiblemente contribuyen a la morbilidad por cardiopatía isquémica y por diabetes tipo 2.

Los mecanismos patogénicos más importantes relacionados con los determinantes psicosocioeconómicos de la mala salud existente en Europa son (2): a) la estimulación psicológica excesiva inducida por factores psicosocioeconómicos; b) los comportamientos patológicos inducidos por factores psicosocioeconómicos; c) la interpretación patogénica de las características del entorno; d) la interpretación patogénica de las señales propioceptivas (señales originadas en los tejidos del cuerpo); e) el «retraso patogénico del paciente», y f) la «avitaminosis» psicosocial.

INICIATIVAS EUROPEAS COMPLEMENTARIAS

Hace un decenio, en 1993, la presidencia belga de la UE, la Comisión Europea y la Fundación Europea organizaron una importante reunión con el tema «Estrés en el ámbito laboral: una llamada a la acción». En esta conferencia se hizo hincapié en el impacto cada vez mayor del estrés sobre la calidad de la vida laboral, sobre la salud de los trabajadores y sobre el rendimiento de las empresas. Se prestó especial atención al control y a la prevención del estrés en las distintas empresas, nacionales y europeas. Se expusieron y comentaron distintos instrumentos e iniciativas políticas para conseguir una mejor prevención del estrés. Finalmente, se realizó la mesa redonda «Perspectivas futuras sobre el estrés en el ámbito laboral en la Comunidad Europea», en la que participaron representantes de los gobiernos nacionales, de la Comisión Europea, de los European Social Partners y de la Fundación. A través de todas estas reuniones, la Comisión Europea creó un grupo específico, en el ámbito del Comité consultivo para la seguridad, la higiene y la protección de la salud en el trabajo, para el estudio del «Estrés en el ámbito laboral». Este grupo propuso las «Recomendaciones respecto al estrés en el ámbito laboral», que fueron aprobadas por el Comité consultivo (21).

Estas Recomendaciones (22) subrayan el hecho de que, según la Directiva Marco Europea, los empresarios «tienen la obligación de garantizar la seguridad y la salud de los trabajadores en todos los aspectos relacionados con el desempeño laboral». Los principios de prevención recogidos en esta directiva son «la evitación de los riesgos», «la eliminación del origen de los riesgos» y «la

adaptación del trabajo al individuo». Además, en la directiva se señala que es tarea del empresario desarrollar «una política coherente de prevención global». Las Recomendaciones suministran sólidos y detallados fundamentos de estas iniciativas.

Teniendo en cuenta datos obtenidos mediante una supervisión realizada en los puestos de trabajo individuales y un seguimiento efectuado en los ámbitos nacionales y regionales, se concluye que el estrés relacionado con el trabajo se puede prevenir o contrarrestar mediante el rediseño de los puestos de trabajo (p. ej., capacitando a los trabajadores y evitando las cargas de trabajo tanto excesivas como insuficientes), mediante la mejora del apoyo social y mediante la provisión de una compensación razonable al esfuerzo realizado por los trabajadores, como partes integrantes del sistema global de gestión o como integrantes de pequeñas y medianas empresas (PYME). Además, por supuesto, también es necesario el ajuste de los aspectos laborales físicos a las capacidades, necesidades y expectativas razonables de los trabajadores, todo ello de acuerdo con los requerimientos recogidos en la European Framework Directive y en el artículo 152 del Tratado de Amsterdam. Las actividades de apoyo, en línea con estos objetivos, son diversas: actividades de investigación; ajuste de los programas de estudio en los institutos y universidades de formación en economía, tecnología, medicina y ciencias sociales y del comportamiento; formación y entrenamiento permanente de los inspectores de trabajo, de los administrativos de salud laboral, de los gestores y supervisores.

Este abordaje de carácter global fue aprobado en el documento de conclusiones de la presidencia sueca de la UE (23), según el cual una política de empleo no sólo debe centrarse en la creación de más puestos de trabajo sino también en el incremento de la calidad de los trabajos. Son necesarias nuevas iniciativas para promocionar la adecuación del entorno laboral para todos los trabajadores: igualdad de oportunidades para los discapacitados; igualdad de oportunidades para mujeres y varones; la organización adecuada y flexible del trabajo, que permita conciliar el trabajo con la vida personal; el aprendizaje continuado; la salud y la seguridad en el trabajo, la implicación de los trabajadores en el ámbito laboral, inclusión de la diversidad, etc. Una pregunta clave obvia en este sentido es la de *¿cómo?* La respuesta a esta pregunta ha sido considerada en tres documentos europeos recientes (24): «Recomendaciones respecto al estrés en el ámbito laboral» de la Comisión Europea (22), ya comentado; el European Standard on Ergonomic Principles Related to Mental Work Load (25), y el European Commission's Green Paper «Promoción de un marco europeo para la responsabilidad social colectiva» (26).

UNA COMPARACIÓN ENTRE LOS TRES ABORDAJES

Conceptos de estrés, factor estresante y situación de tensión

El European Standard define el «estrés mental» como un estímulo, tal como es considerado en física, «una fuerza que tiende a causar tensión en el cuerpo o a deformarlo». Las Recomendaciones han elegido el concepto psicobiológico de estrés propuesto originalmente por Selye (27), que comprende los denominados comunes del patrón de reacción adaptativa del organismo frente a diferentes influencias y demandas. Según el European Standard, el estrés (= el estímulo) induce una «tensión mental» (= la reacción). Los aspectos inespecíficos de esta forma de tensión son considerados como «estrés» por las Recomendaciones. El concepto de «estrés» contemplado en el European Standard es equivalente al concepto de «factor estresante» recogido en las Recomendaciones. Por supuesto, es importante tener en cuenta es-

tas diferencias fundamentales entre ambas definiciones, con objeto de evitar confusiones.

Connotaciones negativas, positivas o neutras

El European Standard subraya que su concepto del estrés no es intrínsecamente negativo ni positivo. Según el contexto, puede ser positivo, negativo o neutro. De la misma manera, en las Recomendaciones se señala que el estrés puede ser positivo («la salud de la vida») o negativo («el beso de la muerte»), según el contexto y las variaciones interindividuales.

¿Efectos desfavorables a largo plazo?

El European Standard excluye la consideración de los posibles efectos negativos a largo plazo debido a «los resultados todavía no concluyentes de la investigación». Por su parte, las Recomendaciones (elaboradas hace ya casi un decenio) adoptan el punto de vista opuesto y presentan evidencia de una amplia gama de efectos negativos (sobre la salud) causados por la exposición crónica a factores estresantes. Esta última forma de evaluación está en línea con la declaración de la OMS (3) en el sentido de que «los problemas de la salud mental y los trastornos relacionados con el estrés constituyen la causa principal de fallecimiento prematuro en Europa».

Paradigmas diferentes

Los tres abordajes están fundamentados en paradigmas distintos, aunque relacionados. Las Recomendaciones de la Comisión Europea están basadas en la protección de los trabajadores, en la medicina y la psicología del estrés, y en un abordaje de tipo ecológico o sistémico. El European Standard está fundamentado en la ergonomía, una ciencia aplicada relativa al diseño de los equipos utilizados en el trabajo y que persigue maximizar la productividad reduciendo la fatiga y las molestias de los trabajadores. Por último, en el Green Paper se tienen en cuenta fundamentalmente los aspectos concernientes a la ética y a los derechos humanos (24).

Las Recomendaciones fueron elaboradas sobre la premisa de que «no todo el mundo utiliza la misma talla». Es un conjunto de sugerencias, del cual todas las partes deben seleccionar la combinación de intervenciones que sea óptima en cada contexto específico, para su evaluación posterior. Están en consonancia con la European Framework Directive y persiguen la prevención de las alteraciones de la salud relacionadas con los aspectos laborales, así como la promoción del bienestar y la productividad.

El European Standard es más preciso en sus indicaciones sobre lo que se debe considerar y sobre la manera de llevarlo a cabo. Se refiere a todos los tipos de actividad laboral humana con el objetivo específico de «adaptar el sistema laboral al trabajador». Aunque nunca se menciona de manera explícita, el lector queda con la impresión de que el objetivo principal que se persigue es la productividad (más que la salud o el bienestar).

UN ACUERDO EUROPEO VOLUNTARIO

El resumen de las Recomendaciones de la Comisión Europea ha constituido el fundamento para las recientes negociaciones entre los European Social Partners. El 27 de mayo de 2004, los European Social Partners alcanzaron un Acuerdo Marco Europeo sobre el estrés relacionado con el ámbito laboral (28), que ha sido ratificado formalmente el 8 de octubre de 2004 por parte de los

cuerpos constituyentes de las cuatro organizaciones que constituyen los European Social Partners. Sus objetivos son *a)* incrementar la concienciación y el conocimiento por parte de empresarios, trabajadores y sus representantes en relación con el estrés asociado al ámbito laboral, y *b)* brindar orientación acerca de los signos que pueden indicar la existencia de problemas de estrés en el ámbito laboral.

Según lo expresado en este Acuerdo, para la identificación de un problema de estrés relacionado con el puesto de trabajo es necesario un análisis de diversos factores: la organización y los procesos laborales (los acuerdos respecto al horario laboral, el grado de autonomía, la concordancia entre la capacidad del trabajador y los requerimientos del puesto de trabajo, la carga de trabajo, etc.); las condiciones y el ambiente de trabajo (exposición a comportamientos de carácter abusivo, ruido, calor, sustancias peligrosas, etc.); la comunicación (incertidumbre acerca de lo que se espera del trabajador en su puesto de trabajo, perspectivas en el puesto de trabajo o cambios que pueden tener lugar en él), y los factores subjetivos (presiones emocionales y sociales, sensación de imposibilidad de superación, falta percibida de apoyo, etc.).

Las principales medidas para combatir el estrés son: *a)* medidas de control y comunicación, como la definición de los objetivos de la empresa y del papel que desempeñan los trabajadores individuales, la implementación de sistemas adecuados de apoyo para los trabajadores y los equipos, el equilibrio entre el control del trabajo y el desarrollo de la propia responsabilidad, la mejora de la organización, de los procesos laborales, de las condiciones y del entorno en el que se realiza la actividad laboral; *b)* la formación de empresarios y trabajadores para incrementar la toma de conciencia y el conocimiento acerca del estrés, de sus posibles causas y de la forma de abordarlo, así como de las adaptaciones a los cambios; *c)* la provisión de información a los trabajadores y la consulta a ellos o a sus representantes, de acuerdo con las legislaciones de la UE y de cada país, las negociaciones de carácter colectivo y las prácticas habituales.

Actualmente ratificado, este Acuerdo Marco debe ser implementado en un período de 3 años por las organizaciones nacionales de los estados miembro según los procedimientos específicos para la gestión y supervisión, en el ámbito nacional, de este tipo de acuerdos.

¿RESPONSABILIDAD SOCIAL COLECTIVA?

La iniciativa de responsabilidad social colectiva (RSC) constituye un abordaje global, en el que se contemplan la salud de los trabajadores, su bienestar y la productividad, así como el desarrollo económico y ecológico sostenible.

En su última reunión del 29 de junio de 2004, los representantes de alto nivel de los empresarios, los sindicatos y la sociedad civil presentaron el informe final del European Multi-Stakeholder Forum (29) acerca de la iniciativa RSC a los Enterprise and Employment Commissioners de la Comisión Europea. Este informe recoge recomendaciones para la toma de conciencia, la capacitación y la creación de un ambiente adecuado, y representa el resultado de muchos meses de discusiones intensas. El punto de comienzo de la discusión de este foro fue la definición de RSC elaborada por la Comisión Europea (26): «el concepto de RSC implica que las empresas integran voluntariamente las preocupaciones sociales y ambientales en sus propias operaciones de negocio y también en sus interacciones con las partes implicadas».

A través de la RSC, las empresas contribuyen a un desarrollo sostenible. El concepto de RSC tiene diversas implicancias: *a)* la RSC es la integración voluntaria de las consideraciones ambientales y sociales en la operativa empresarial, más allá de

los requerimientos legales y de las obligaciones contractuales; *b)* es esencial el compromiso de las gerencias para poner en marcha la RSC; *c)* la RSC es parte central de la actividad de negocio de la empresa y, aunque las empresas están para obtener beneficios, el abordaje que integra las consideraciones ambientales y sociales y se basa en el diálogo con las partes implicadas contribuye a la sostenibilidad a largo plazo del negocio en la sociedad; *d)* la RSC es una forma, entre otras muchas, de conseguir el progreso económico, social y ambiental, y de integrar estas consideraciones en la práctica empresarial; *e)* el diálogo con las principales partes implicadas representa un valor añadido al desarrollo de las prácticas y herramientas de RSC que utilizan las compañías; dado que los trabajadores constituyen una parte integral de cada empresa, es importante prestar una atención especial a éstos y a sus representantes, así como al diálogo con todos ellos; *f)* la RSC es un abordaje que debe complementarse con otros, para conseguir un desarrollo ambiental y social adecuado: la RSC tiene limitaciones y por sí misma no puede garantizar las mejoras ambientales y sociales, por lo que no se debe utilizar para descargar de responsabilidades a las empresas; *g)* la RSC requiere un proceso de aprendizaje continuado tanto para las compañías como para todas las partes implicadas; el desarrollo de herramientas y métodos facilita el progreso; las empresas deben considerar cuidadosamente el abordaje de estas cuestiones y elegir las herramientas necesarias para responder adecuadamente a las expectativas de todas las partes implicadas; las empresas deben refinar y desarrollar su abordaje a lo largo del tiempo, respondiendo a las circunstancias y expectativas cambiantes; los aspectos de flexibilidad, innovación y refinamiento son importantes para una RSC adecuada; *h)* cuando actúan en países en vías de desarrollo o en situaciones de gobiernos débiles, las empresas deben tener en cuenta los diferentes contextos y problemas, incluyendo la pobreza, los conflictos sociales, los problemas ambientales y las cuestiones de salud.

A pesar de que se han realizado intentos para instrumentalizar el concepto RSC mediante la provisión de los aspectos cuantitativos y cualitativos de los objetivos, de las intervenciones y de los resultados (30), todavía hay un riesgo considerable de que algunas de las partes implicadas apoyen sólo «de boquilla» la RSC, llevando a cabo únicamente actividades de carácter simbólico.

A pesar de ello, las tres iniciativas señaladas constituyen una base importante para la colaboración tripartita respecto a la promoción de una productividad elevada, de una salud pública y laboral adecuada, y de una calidad de vida alta. Existe la necesidad urgente de transmitir todos los conocimientos existentes, de implementarlos en las políticas de prevención de la enfermedad y de promoción de la salud, y de evaluar los resultados (31).

¿QUIERE PARTICIPAR EL LECTOR?

La WPA Section on Occupational Psychiatry ha permanecido activa desde 1983. Sus administrativos y otros miembros han contribuido a muchos de los desarrollos en este campo, tal como ya se ha señalado. Según sus estatutos, el objetivo de la sección es el de «intercambiar y aplicar los conocimientos existentes respecto a la influencia, positiva o negativa, de las condiciones y los ambientes laborales psicosociales y físicos sobre la salud psicosomática, y profundizar el conocimiento sobre estas temáticas».

De acuerdo con este objetivo, el Section Committee invita cordialmente a los lectores de *World Psychiatry* y a otros colegas a participar en dicha sección y a contribuir a los desarrollos futuros en este extraordinario y dinámico campo. Si el lector está interesado, puede establecer contacto en las direcciones siguientes:

Prof. L. Levi, lennart.levi@ipm.ki.se o bien lennart.levi@euross-tress.se; Prof. T. Shimomitsu, tshimo@tokyo-med.ac.jp; Prof. M. Freire-Garabal, ffregar@usc.es.

World Psychiatry 2005; 3: 53-57

Bibliografía

- Ramazzini B. De morbis artificum. Modena: Antonii Capponi, 1700 (English translation: A treatise of the diseases of tradesmen. London: Bell, 1705).
- Levi L. Psycho-socio-economic determinants for stress and depression – a call for action. In: Coping with stress and depression related problems in Europe. Brussels: Federal Ministry of Social Affairs, Public Health and the Environment, 2001:17-21.
- World Health Organization. Mental health in Europe. Copenhagen: World Health Organization, 2001.
- International Labour Office. Mental health in the workplace. Geneva: International Labour Office, 2000.
- British Government. Our healthier nation. A contract for health. Green paper. London: British Government, 1998.
- Wilkinson R, Marmot M. The solid facts. Copenhagen: World Health Organization, 1998.
- Levi L (ed). Society, stress and disease, Vol. 1: The psychosocial environment and psychosomatic diseases. London: Oxford University Press, 1971.
- Levi L (ed). Society, stress and disease, Vol. 2: Childhood and adolescence. London: Oxford University Press, 1975.
- Levi L (ed). Society, stress and disease, Vol. 3: The productive and reproductive age – Male/female roles and relationships. Oxford: Oxford University Press, 1978.
- Levi L (ed). Society, stress and disease, Vol. 4: Working life. Oxford: Oxford University Press, 1981.
- Levi L (ed). Society, stress and disease, Vol. 5: Old age. Oxford: Oxford University Press, 1987.
- Levi L. Psychosocial factors in preventive medicine. In: Hamburg DA, Nightingale EO, Kalmar V (eds). Healthy people. The Surgeon General's report on health promotion and disease prevention. Background papers. Washington: Government Printing Office, 1979:207-53.
- International Labour Office (ILO). Psychosocial factors at work: recognition and control. Report of the Joint ILO/WHO Committee on Occupational Health, Ninth Session. Geneva: International Labour Office, 1986.
- Kalimo R, El-Batawi MA, Cooper CL (eds). Psychosocial factors at work and their relation to health. Geneva: World Health Organization, 1987.
- International Labour Office (ILO). Preventing stress at work. Conditions of Work Digest 1992;11:2.
- European Foundation. Third European survey on working conditions. Dublin: European Foundation, 2001.
- World Health Organization. World health report 2001. Geneva: World Health Organization, 2001.
- Folkow B. Mental stress and its importance for cardiovascular disorders; physiological aspects, "from-mice-to-men". Scand Cardiovasc J 2001;35:165-72.
- Björntorp P. Heart and soul: stress and the metabolic syndrome. Scand Cardiovasc J 2001;35:172-7.
- European Foundation. European Conference on Stress at Work – A call for action. Proceedings. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 1994.
- European Commission. Report on work-related stress. From the Advisory Committee for Safety, Hygiene and Health Protection at Work. Luxembourg: European Commission, 1997.
- Levi L, Levi I. Guidance on work-related stress. Spice of life, or kiss of death? Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2000.
- Swedish EU Presidency. Conclusions: modernizing the European social model. Improving quality of work. Stockholm: Swedish Government, 2001.
- Levi L. The European Commission's Guidance on work-related stress: from words to action. TUTB Newsletter No. 19-20, September 2002, pp. 12-17.
- European Committee for Standardization. Ergonomic principles related to mental work-load – Part 1: General terms and definitions and Part 2: Design principles. Brussels: European Committee for Standardization, 2000.
- European Commission. Promoting a European framework for corporate social responsibility. Green paper. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2001.
- Selye H. A syndrome produced by diverse nocuous agents. Nature 1936;138:32.
- ETUC, UNICE/UEAPME and CEEP. Draft framework agreement on work related stress. CEEP Newsletter, 1, 2004.
- European Multistakeholder Forum on CSR. Final results and recommendations. Brussels: European Multistakeholder Forum on CSR, 2004.
- Danish Ministry of Social Affairs. The social index – measuring a company's social responsibility. Copenhagen: Danish Ministry of Social Affairs, 2000.
- Shimomitsu T (ed). Proceedings of the Symposium "Work-related stress and health in three post-industrial settings – EU, Japan and USA". J Tokyo Med Univ 2000; 58:327-478.

El Congreso Internacional de la WPA «Treatments in Psychiatry: An Update»

AHMED OKASHA

President, World Psychiatric Association

El objetivo de esta breve nota es informar un acontecimiento sin precedentes en la historia de la WPA. Entre el 10 y el 13 de noviembre la Asociación celebró en Florencia uno de sus congresos de mayor éxito, sino el más exitoso, desde su creación hace 50 años. La combinación de ciencia y arte fue la característica del Congreso. La calidad de las presentaciones científicas reflejó la situación actual del tratamiento de los trastornos psiquiátricos.

En el Congreso participaron 6.847 delegados (5.009 procedentes de países de recursos económicos elevados; 658, de países de recursos económicos de nivel medio-alto; 505, de países con recursos económicos de nivel medio-bajo; 226, de

países con recursos económicos de nivel bajo; 269, residentes o estudiantes, y 180 acompañantes registrados). Ha sido el congreso de psiquiatría celebrado en Europa durante el año 2004 al que han asistido más personas y el segundo en todo el mundo después de la reunión anual de la American Psychiatric Association.

Se realizaron 1.523 presentaciones, incluyendo 14 conferencias de actualización; 2 conferencias especiales; 14 cursos avanzados; 144 presentaciones en los 36 simposios interactivos; 17 en los dos simposios especiales; 39 en los nueve foros; 226 en los 55 simposios correspondientes a las secciones; 49 en los 11 simposios correspondientes a las zonas geográficas; 219 en los 53 seminarios; 100 en las 15 nuevas sesiones de investigación; 642 en las 3 sesiones de pósters, y 57 en los 19 eventos patrocinados.

Los beneficios que ha dejado este congreso a la WPA han sido de 504.412,53 dólares.

El libro completo de resúmenes del Congreso se puede conseguir a través del sitio Web de la WPA (www.wpanet.org).

Queremos agradecer a Mario Maj y sus colaboradores los extraordinarios esfuerzos y la excelente organización.

Prometo ofrecer más noticias acerca de los congresos futuros, incluyendo el Congreso regional que tendrá lugar en Atenas el próximo marzo y, especialmente, el XIII Congreso Mundial de Psiquiatría que tendrá lugar en El Cairo entre el 10 y el 15 de septiembre.

Estoy orgulloso del progreso continuado de nuestras reuniones científicas en todo el mundo, en cumplimiento de los objetivos de la WPA.

La WPA da la bienvenida a tres nuevas sociedades miembro y establece su primer Secretariado Permanente

JOHN COX

WPA Secretary General

La WPA, como asociación global de asociaciones, fundamenta su fuerza no solamente en la probidad y buen hacer de sus líderes (p. ej., representantes de zona, presidentes de las secciones, Comité ejecutivo, etc.), sino especialmente en el vigor aportado por sus 130 sociedades miembro. Por tanto, la admisión de una nueva sociedad miembro a la WPA es un acontecimiento especialmente destacado. Ésta es la razón por la que la Asamblea general sólo admite formalmente a una nueva sociedad tras una análisis detallado por parte del Comité ejecutivo y por parte de la Junta directiva.

Durante los 12 últimos meses hemos dado la bienvenida a tres nuevas sociedades miembro: el Sri Lankan College of Psychiatry, la Palestinian Psychiatric Association y la Algerian Psychiatric Association. Estas tres sociedades se enfrentan a retos específicos con respecto al

ambiente político en el que desarrollan su trabajo, así como al avance de la ciencia y de la buena práctica clínica en zonas del mundo en las que los trastornos mentales son frecuentes y los psiquiatras escasos. El Sri Lankan College of Psychiatry está promocionado por los estrechos vínculos con algunos de sus miembros, que ejercen en el Reino Unido y en otros países. Los directivos de la Palestinian Psychiatric Association ya han participado activamente en la búsqueda de la reconciliación, mediante el trabajo conjunto con psiquiatras israelíes en un Comité conjunto de la WPA. Esperamos que la nueva sociedad de Argelia sirva como estímulo a otras sociedades de África del Norte y de África Occidental para unirse a la WPA. Recientemente, he mantenido correspondencia con psiquiatras de algunos países de África Occidental que en el momento presente no tienen ningún tipo de relación con la WPA y he trabajado con el representante de la zona (Prof. Olawatura) para facilitar la creación de estas formas básicas de aso-

ciación profesional. El Secretariado también ha recibido solicitudes para la pertenencia a la WPA por parte de la Moldova Psychiatric Association y el Irish College of Psychiatrists.

Uno de los valores más importantes de la WPA es el hecho de que las sociedades miembro se influyen y ayudan entre sí. Las estructuras democráticas y los mecanismos ponderados de votación garantizan que el trabajo que se realiza en la WPA no pueda ser dominado por las sociedades miembro más grandes y que los recursos institucionales de estas sociedades puedan facilitar el establecimiento de vínculos educativos y científicos con sociedades que poseen menos recursos. Este intercambio de ideas y de personal representa, por lo tanto, un proceso en las dos direcciones.

Las sociedades de los países en los que una proporción considerable de sus miembros ejerce en el extranjero (p. ej., Indian Psychiatric Association, Pakistan Psychiatric Association, American Psychiatric Association y el Royal College of

Psychiatrists del Reino Unido) desarrollan una contribución especial para el mantenimiento de este intercambio bidireccional de personas, ciencia y cultura. Esperamos con interés que se fomenten deliberadamente los vínculos, por ejemplo, entre los países africanos de habla francesa y los distintos países europeos. Las sociedades más grandes y con mayores recursos se están dando cuenta de que se pueden reforzar a sí mismas a través del trabajo con las secciones, los comités operativos y las reuniones científicas de la WPA. De esta manera, además, se facilita el camino hacia una psiquiatría global, de alcance internacional, meta a las que todas las sociedades aspiran.

Una de las prerrogativas de la WPA es la de que, tras el proceso correspondiente a través del trabajo de su Comité de revisión y de la Asamblea general, puede sancionar, suspender o incluso expulsar a una sociedad miembro que no cumpla los apartados recogidos en la Declaración de Madrid. Desde que pertenezco a la Junta directiva me ha impresionado la atención al detalle y la intensidad del trabajo llevado a cabo por el Comité de revisión, y espero las recomendaciones que ofrecerá la Asamblea general respecto a lo que considero será una consideración constructiva de los supuestos abusos políticos de la psiquiatría en China. Los psiquiatras chinos y de otros países del mundo, incluyendo el mío propio, están sometidos a influencias políticas que pueden amenazar el desarrollo de una legislación óptima sobre la salud mental y dificultar la aplicación de los derechos humanos de los pacientes psiquiátricos.

Secretariado permanente

El 6 de septiembre, el presidente de la WPA y el director de los University Hospitals de Ginebra firmaron un contrato a través del cual se establece la creación del primer Secretariado permanente de la WPA desde su fundación en 1950. Hasta el momento, el Secretariado ha cambiado cada 6 años junto con la Secretaría general, lo que ha dado lugar a problemas de inestabilidad institucional y de falta de continuidad de las ideas y las personas. El establecimiento de un Secretariado permanente, uno de los objetivos principales de la WPA durante al menos los 10 últimos años, es —por lo tanto— una decisión importante. El Comité ejecutivo tomó esta decisión de manera unánime y tras una amplia consulta con visitas a las

seis localizaciones geográficas propuestas (dos en Estados Unidos, dos en Reino Unido y otras dos en Austria y Suiza). La WPA está orgullosa de que seis centros innovadores y prestigiosos hayan deseado competir por alojar al Secretariado permanente. Cada una de las propuestas fue valorada objetivamente según los criterios acordados previamente por la Asamblea general. La Junta directiva revisó toda la documentación en su reunión de Florencia, y se espera que las autoridades de Ginebra concluyan pronto la modernización del edificio que va a alojar al Secretariado permanente desde principios de 2005.

Se ha tenido en cuenta la importancia del mantenimiento de la eficiencia del Secretariado durante esta época de transición, especialmente en un año en el que va a tener lugar una Asamblea general. No obstante, la experiencia demuestra que el Secretariado, bajo la excelente presidencia de Ekaterina Sukhanova, puede mantener su eficiencia incluso en situaciones de transición; personalmente ejerceré mis atribuciones mediante el uso prudente del correo electrónico, el fax, el teléfono y las visitas periódicas.

Las oficinas de Ginebra han sido bien acondicionadas y ofrecen espacio suficiente para el trabajo del Secretariado. Hay seis oficinas, incluyendo una gran sala de reuniones, con facilidades para el uso de un salón de actos; el local está situado en una gran zona verde, con las montañas como fondo y rodeado de grandes árboles. También es una ventaja para la WPA el hecho de que el Secretariado esté cerca de una biblioteca y un restaurante excelentes, de manera que nunca podremos olvidar la razón principal de ser de la propia Asociación: mejorar el bienestar de los pacientes psiquiátricos. El local del Secretariado está bien comunicado mediante transporte público con la estación de ferrocarril central y con el aeropuerto. También está bastante cerca de las oficinas centrales de la Organización Mundial de la Salud.

El Secretariado quiere dar las gracias sinceras al Metropolitan Hospital de Manhattan, New York, y en especial a la Dra. Ronnie Swift. Ella y las autoridades del Metropolitan Hospital han hecho un generoso esfuerzo para proporcionarnos una oficina temporal en la cuarta planta del edificio. Agradecemos de manera destacada el apoyo institucional, en especial en lo que se refiere a los valores compartidos y a la provisión de servicios a una sociedad multicultural y multirracial.

Más noticias

Otro de los trabajos que ha llevado adelante el Secretariado durante este año ha sido la realización de un manual de personal de plantilla con el objetivo de garantizar que los procedimientos de contratación sean congruentes con una buena práctica de recursos humanos. Se han definido las políticas y los procedimientos, las características de los puestos de trabajo y un sistema de revisión anual. Actualmente, se puede conseguir este Manual de procedimientos en el sitio web de la WPA; a partir de la primavera de 2005 también habrá una copia en papel. Recomiendo a las sociedades miembro que lean este manual, debido a que este «código de práctica», fundamentado en la normativa legal, recoge cambios importantes respecto a su predecesor en lo referente a la elección de los representantes de zona y a los aspectos económicos de las sociedades miembro que organizan reuniones científicas.

La Encuesta General ha sido completada por casi las dos terceras partes de los componentes de la WPA; próximamente se publicará el informe completo en *World Psychiatry* y en la sección de noticias de la WPA hacia la primavera del próximo año. Los resultados preliminares ya se están teniendo en cuenta en el plan trienal estratégico para 2005-2008.

La WPA descansa de manera importante en el trabajo llevado a cabo por el Presidente ejecutivo del Secretariado y por su equipo. Esta presidencia la ostentan actualmente con gran eficacia Karolina Rybicka-Kosiec y Joanne Woolridge, en Keele, a las que se ha unido recientemente Michelle Hussey en New York.

Tenemos muchas ganas de trabajar con todos los lectores, de darles la bienvenida en Ginebra y de realizar conjuntamente los proyectos del grupo francés que inició todo el proyecto en 1950 en relación con la necesidad de un intercambio internacional de información científica por parte de los psiquiatras. Estos pioneros también tomaron la iniciativa de crear un marco institucional en el que las sociedades miembro se pudieran comunicar entre sí para mejorar la salud mental de los grupos a los que atienden y para tratar a las personas que sufren las consecuencias de las enfermedades mentales.

La Declaración de Yokohama: una actualización

MITSUMOTO SATO

Special Committee to Promote Yokohama Declaration, Japanese Society of Psychiatry and Neurology

Según el Atlas on Mental Health Resources in the World publicado por la Organización Mundial de la Salud en 2001, el 52,2 % de los países de África, el 51,9 % de los de la región del Pacífico Occidental y el 30 % de los del Sureste Asiático carece de una política de salud mental. Además, el 78,9 % de los países africanos y el 62,5 % de los del Sureste Asiático gasta menos del 1 % de su presupuesto en la asistencia frente a las enfermedades mentales. Estos datos indican claramente la necesidad de una acción inmediata en todo el mundo, pero sobre todo en las regiones de África y Asia, con objeto de mejorar la asistencia mental y de proporcionar los tratamientos psiquiátricos más avanzados a los enfermos mentales. En todos los países es necesaria la implementación de planes terapéuticos globales y adecuados que incluyan un equilibrio entre la medicación y la intervención psicosocial avanzada, a través del acuerdo entre las partes implicadas plasmado en programas de salud mental dirigidos tanto a los pacientes como a sus familias.

Con este objetivo, la Japanese Society of Psychiatry and Neurology (JSPN) propuso la Declaración de Yokohama que fue aprobada por la Asamblea general de la WPA el 25 de agosto de 2002 y que se reproduce a continuación.

La Japanese Society of Psychiatry and Neurology

- consciente de que la mayor parte de las personas que sufren enfermedades mentales en Asia y en otras partes del mundo no reciben la asistencia apropiada;

- consciente de que la resolución 119 de Naciones Unidas reconoce los derechos humanos de las personas que sufren enfermedades mentales y establece que el tratamiento apropiado de estas enfermedades es un derecho humano;

- lamentando profundamente que menos de la mitad de los países de la región Asia-Pacífico y de la región africana hayan implementado políticas de salud mental, tal como se recoge en el

World Health Report on Mental Health de la OMS, de 2001;

- reconociendo que la educación y la formación en aspectos de salud mental son insuficientes y que no están en relación con el conocimiento científico actual;

- considerando que el 12º Congreso Mundial de Psiquiatría tiene lugar en Yokohama, Japón, por primera vez en el continente asiático,

recomienda a todas las sociedades miembro de la WPA, y especialmente a las de Asia:

- Hacer todo lo que esté a su alcance para introducir los tratamientos globales y adecuados dirigidos hacia los pacientes mentales en sus países. Esto significa que los pacientes con enfermedades mentales deben recibir un tratamiento equilibrado, combinando farmacoterapia e intervenciones psicosociales avanzadas, para que tenga lugar un resultado óptimo. También significa que se deben promocionar las condiciones humanitarias del tratamiento, tanto en lo que se refiere al punto de vista institucional como a la relación entre los profesionales de la salud mental y los pacientes.

- Trabajar por la rehabilitación de los pacientes mentales y por su derecho a vivir en su propia comunidad, de manera que puedan tener la mayor calidad de vida posible a pesar de su enfermedad.

- Contribuir y ayudar al desarrollo de políticas de salud mental, de legislación sobre salud mental y de programas nacionales dirigidos hacia la salud mental, dado que son instrumentos necesarios para conseguir cambios positivos en todos los países, especialmente en los países en vías de desarrollo.

- Desempeñar un papel activo en la mejora de la formación y la educación relativas a todos los temas de salud mental, prestando una atención especial a la formación de los psiquiatras jóvenes.

- Procurar que todos los miembros de la comunidad se impliquen en los esfuerzos para aliviar el problema que supone la enfermedad tanto para los pacientes como para sus familiares. En este esfuerzo continuado deben ser consideradas partes importantes implica-

das los pacientes, sus familiares, los diversos agentes comunitarios, los políticos, la industria sanitaria, los medios de comunicación y otras fuerzas sociales.

Actualmente, se está llevando a cabo en Japón la implementación de la Declaración de Yokohama. La JSPN ha modificado el antiguo término japonés que designa la esquizofrenia (*seishin bunretsu byo*, es decir, enfermedad de la mente dividida), correspondiente al concepto de demencia precoz, por el nuevo término de *togo shitcho sho* (síndrome por trastorno de integración), correspondiente al moderno concepto de la enfermedad. Este cambio facilita las acciones psicoeducativas y ha sido útil para reducir los malos entendidos acerca de la enfermedad, así como el estigma relacionado con ella. El nuevo término ha sido aceptado oficialmente por la medicina japonesa y por los medios de comunicación, y también se está adoptando en la legislación correspondiente a 2005. El cambio ha respondido de manera precisa a algunas de las recomendaciones incluidas en la Declaración.

En respuesta a la primera recomendación de la Declaración, se han publicado en Japón protocolos de práctica clínica relativos al tratamiento de la esquizofrenia y de los trastornos del estado de ánimo. La legislación sobre salud mental será revisada en 2005. El Ministerio de Sanidad, Bienestar Social y Trabajo ha decidido dar el alta durante los próximos años a 7.200 pacientes que permanecen hospitalizados debido a que no son aceptados por sus familias.

Se ha realizado una encuesta para poder efectuar el seguimiento de la implementación de la Declaración de Yokohama en los demás países asiáticos. Hemos observado que la discusión relativa a los contenidos de la Declaración es cada vez más intensa en todos los países asiáticos y las zonas de la WPA, excepto en la Zona del Sureste Asiático, y que se han desarrollado proyectos para implementar las recomendaciones de la Declaración en todos los países asiáticos, excepto en los de la Zona de Asia del Sur. Estos proyectos persiguen la mejora de la calidad de la asistencia psiquiátrica y del bienestar mediante la implementación de políticas de salud mental, el incremento de los recursos económicos, el desarrollo

de redes de apoyo y la mejora en la formación de los profesionales de la salud mental.

En varios países asiáticos y en distintas zonas de la WPA se están tomando iniciativas para la promoción de los contenidos de la Declaración: la colaboración internacional; la colaboración con organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, así como con las diversas disciplinas relacionadas con la salud mental; las campañas de educación pública en áreas remotas; el establecimiento de la Asian Federation of Psychiatric Associations; la inclusión de la asistencia y bienestar mentales en los programas de estudio para posgraduados y en los programas de formación de los médicos generales; el desarrollo de una red de apoyo para la transmisión de la información entre los países asiáticos; el desarrollo de protocolos de práctica clínica para

el tratamiento de los principales trastornos mentales; la mejora de la legislación sobre salud mental, y la promoción de programas contra el estigma asociado a las enfermedades mentales. En octubre de 2004 se realizó en Kobe, Japón, una reunión para el seguimiento y la promoción de la aplicación de los contenidos de la Declaración. En el próximo Congreso Mundial de Psiquiatría, que tendrá lugar en septiembre de 2005, habrá un simposio relativo a la aplicación de la Declaración.

En conclusión, la implementación de la Declaración de Yokohama se está llevando a cabo en muchos países asiáticos, pero es necesario un esfuerzo continuado para que sea posible dar pasos concretos en el futuro. Además, la Declaración debe ser promocionada también en otras partes del mundo, especialmente en los países africanos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha incrementado sus actividades centradas en la salud mental. Sus objetivos son eliminar la brecha entre lo necesario y lo disponible, reducir la problemática planteada por los trastornos mentales en todo el mundo y promover la salud mental. Trabaja junto con los gobiernos a través de sociedades nacionales y de una Oficina regional europea.

Además de ello, cada país europeo tiene sus propias organizaciones psiquiátricas.

En 2001, inmediatamente antes de una reunión regional de la WPA en Londres, tuvo lugar la primera reunión en muchos años entre los presidentes de las organizaciones europeas y los presidentes de las organizaciones psiquiátricas nacionales de los países europeos. Este encuentro fue seguido por reuniones anuales, y en ocasiones se efectuaron dos reuniones anuales. Surgieron dos cuestiones importantes. En primer lugar, casi todos los líderes de la psiquiatría señalaron diversas dificultades y quizá incluso amenazas respecto a la identidad del psiquiatra en la Europa actual. En segundo lugar, se señaló que las actividades de las organizaciones psiquiátricas europeas muestran solapamiento en algunas áreas, lo que en ocasiones da lugar a una competencia inútil dentro de la propia profesión, deficiente uso de recursos, ineficacia y confusión, así como incongruencias en las recomendaciones.

El psiquiatra europeo y la cooperación entre organizaciones

BRIAN MARTINDALE

WPA Zone Representative, Western Europe

En este artículo se resumen algunos de los avances más recientes en la cooperación entre las organizaciones psiquiátricas europeas, y se reproduce el contenido completo de la declaración de consenso «Servicios psiquiátricos centrados en la comunidad: problemas planteados por la formación de los psiquiatras futuros», que representa uno de los productos de esta cooperación.

Contexto

Desde hace tiempo se han desarrollado en toda Europa diversas asociaciones de psiquiatras; algunas de las más importantes se citan a continuación:

La *World Psychiatric Association* (WPA) es una organización global algunos de cuyos aspectos, funciones y actividades principales tienen un carácter regional. Hay cinco representantes de zona que cubren los 52 países europeos. La pertenencia a la WPA se lleva a cabo princi-

palmente a través de sus 130 organizaciones psiquiátricas.

La *European Union of Medical Specialists* (UEMS) incluye un elevado número de subespecialidades, dos de las cuales son psiquiatría infantil y psiquiatría del adolescente. La Sección de psiquiatría y la Junta directiva están constituidas por representantes de los países de la Unión Europea, y pueden pertenecer a ellas los distintos países de la Unión Europea. La Sección de psiquiatría persigue como objetivos el control de la calidad en psiquiatría y la definición de los estándares de formación recomendados en áreas seleccionadas y el apoyo de las iniciativas nacionales respecto a la psiquiatría.

La *Association of European Psychiatrists* (AEP) persigue la mejora de la calidad de la asistencia en salud mental a través de distintos medios, haciendo hincapié en la educación médica continuada (EMC) (*continuing medical education*, CME). Recientemente ha desarrollado un amplio programa de cursos educativos itinerantes que cubren la mayor parte de los países europeos. Pueden pertenecer a ella los psiquiatras individuales.

La Comisión Conjunta AEP/UEMS/OMS/WPA

En 2002, durante la reunión de los presidentes de las organizaciones psiquiátricas europeas anterior al Congreso de la AEP en Estocolmo, se creó una Comisión Conjunta europea constituida por dos representantes de la WPA, dos de la AEP y dos de la UEMS, y en la que también participaba la European Regional Adviser for Mental Health. Este grupo ha organizado reuniones anuales para los presidentes europeos y ha comenzado a plantear iniciativas que pueden solucionar los problemas ya expuestos.

Educación médica continuada en Europa

La Comisión Conjunta ha realizado avances considerables en cuanto a la situación existente respecto a los créditos EMC obtenidos por las reuniones inter-

nacionales por parte de diversas autoridades, sin un previo acuerdo acerca de los estándares o de los sistemas de puntuación. De esta manera, los créditos pierden relativamente significación. Desde noviembre de 2004, la Comisión Conjunta se ha convertido en el brazo técnico de la psiquiatría del Comité de acreditación europeo de educación médica continuada (European Accreditation Council/CME, EAC/CME), que acredita los eventos médicos internacionales que tienen lugar en Europa mediante créditos ya aprobados o en proceso de aprobación por parte de las autoridades más destacadas de todos los países de la Unión Europea.

La identidad del psiquiatra europeo

Tal como ya se ha mencionado, el problema de la lucha actual para el mantenimiento de una identidad adecuada o suficientemente clara por parte de los psiquiatras europeos ha constituido un tema recurrente en las reuniones de los presidentes de las sociedades europeas. Esta dificultad se ha plasmado en los problemas originados por el crecimiento, la organización y la práctica de diversas modalidades de psicoterapia por parte de profesionales que no son psiquiatras y, en el otro extremo, por diversos informes de que el repertorio de tratamientos ofrecidos por otras disciplinas en campo de la salud mental podría incluir la autorización para prescribir ciertos medicamentos. Tras una reunión de los líderes europeos en mayo de 2004 en Viena, en la cual las discusiones relativas a los interesantes avances en el conocimiento del cerebro y en el papel que desempeñan los trastornos mentales quedaron equilibradas por una discusión igualmente estimulante sobre el trabajo que se están llevando a cabo en el desarrollo del conocimiento de la psique en psiquiatría, tuvo lugar en Ginebra una reunión muy importante en la que se elaboró la declaración de consenso que se recoge más adelante.

En la reunión se acordó que los aspectos comunitarios deben constituir el objetivo central de los servicios de salud mental y se formularon directamente las modificaciones necesarias, en los abordajes y la formación, necesarias para que los psiquiatras desarrollen un papel clave en los equipos de salud mental. Es de esperar que la declaración sea útil para desarrollar la definición y la identidad del psiquiatra en los países europeos, así como para perfeccionar la formación, de modo que los psiquiatras adquieran las

habilidades necesarias para desempeñar su función con un orgullo, satisfacción y confianza renovados. La declaración también debe facilitar el desarrollo de los contenidos de los programas EMC así como el aprendizaje continuado durante toda la vida y el desarrollo de todos los psiquiatras.

Declaración de consenso - Los servicios de psiquiatría centrados en la comunidad: dificultades para la formación de los psiquiatras del futuro

Aspectos contextuales

En toda Europa, la psiquiatría comunitaria sigue evolucionando tanto conceptualmente como en la práctica clínica, lo que ha dado lugar a modificaciones considerables en su objetivo central:

1) Es necesario poner más énfasis en la provisión de servicios que respondan a las necesidades de los usuarios del servicio, de sus familiares y cuidadores, y que estén organizados alrededor de estas necesidades (y no que sean estas personas las que tengan que adaptar sus necesidades a los contextos y marcos definidos por los servicios).

2) Por lo tanto, es necesario que los servicios tengan mayor movilidad y flexibilidad.

3) Los servicios de hospitalización y los contextos terapéuticos residenciales alternativos forman parte de los servicios comunitarios (pero no son el eje central de éstos).

4) Los servicios de salud mental deben ser multidisciplinarios y tienen que ser atendidos por las diversas instituciones y diversos organismos relacionados con la salud mental y que posean capacidades y competencias específicas.

5) Los servicios terapéuticos centrados en la comunidad deben cubrir todo el espectro de enfermedades y trastornos mentales.

6) En diversas encuestas se ha demostrado que los pacientes sienten que no siempre reciben el respeto necesario por parte de los psiquiatras, y también se ha comprobado que los psiquiatras tienden a adoptar con los pacientes una actitud de carácter más distante que otros profesionales de la salud mental. Los profesionales de la salud mental en sí mismos (con independencia de la rama a la que pertenezcan) pueden inducir algunas características de estig-

matización hacia sus pacientes. Estos hechos tienen implicaciones considerables sobre la formación y deben ser reconocidos tanto por motivos clínicos como para el desarrollo favorable de la identidad de la profesión.

7) Los psiquiatras modernos deben tener una formación adecuada en los aspectos biológicos, psicológicos y sociales de la salud mental y la enfermedad mental. El conocimiento de los aspectos biológicos y de los tratamientos físicos es un componente clave de la formación del psiquiatra. Otro componente clave es el conocimiento de los determinantes sociales de la enfermedad. El tercer componente clave es la capacidad de mantener una buena relación tanto con los pacientes como con las personas que los cuidan, así como de conocer y dominar diversas técnicas de psicoterapia. (Los conocimientos de tipo científico básico han aumentado considerablemente durante los últimos años, y la neuropsiquiatría brinda información muy importante para la práctica psiquiátrica. Sin embargo, lo que se expone a continuación está más centrado en el contexto y en los aspectos psicosociales de la identidad y la formación de los psiquiatras.)

Por lo tanto, las competencias que deben poseer los psiquiatras se pueden incluir bajo diversos encabezamientos:

- A) Tratamientos clínicos*
- B) Seguimiento clínico*
- C) Educación y formación*
- D) Seguimiento operativo*
- E) Investigación y práctica clínica basadas en la evidencia*
- F) Trabajo en equipo*
- G) Capacidad de liderazgo*

Implicaciones sobre la formación

1) El énfasis sobre la formación de los psiquiatras en el contexto comunitario presentará algunas variaciones, según los recursos existentes en cada país. A) En los países con recursos económicos de nivel bajo, la mayor parte de la asistencia en salud mental será proporcionada por el nivel asistencial primario, de manera que los psiquiatras participarán fundamentalmente en la formación de los profesionales de la asistencia primaria, así como en las consultas de casos concretos. Los psiquiatras estarán más implicados en los casos complejos que aparezcan en el contexto comunitario, así como en la asistencia hospitalaria o la asistencia prestada en establecimien-

tos residenciales y alternativos. B) En los países o áreas geográficas con recursos económicos de nivel intermedio seguirá siendo importante el apoyo y la formación de los profesionales de la asistencia primaria, pero los principales servicios de salud mental también podrán incluir las consultas ambulatorias, los centros de salud mental comunitarios y los centros de día. C) En los países con un nivel de recursos económicos alto, se añadirán recursos psiquiátricos comunitarios adicionales a A) y B). Éstos consistirán en especialistas y en instalaciones específicas para la asistencia de los pacientes con trastornos mentales concretos, como los trastornos de la conducta alimentaria y los problemas de adicción, y también servicios de intervención temprana, tratamientos de carácter comunitario y diversos programas de formación. Habrá alternativas más sofisticadas tanto a las camas hospitalarias de enfermos agudos (equipos de urgencia y de asistencia domiciliar) como a las camas de crónicos (residencias y asilos).

2) La formación y el entrenamiento de los psiquiatras deben incluir las actividades en diversos contextos de carácter comunitario, especialmente en la asistencia primaria; de esa manera, adquirirán la seguridad necesaria para trabajar de un modo flexible, con sus colegas y con los pacientes y sus familias, en diferentes contextos y ámbitos. Los psiquiatras deben estar familiarizados con los aspectos legales pertinentes al ejercicio profesional comunitario.

3) Los psiquiatras deben ser formados para trabajar en equipos multidisciplinarios y en conjunto con otras instituciones relacionadas con la salud mental. Todo ello implica el conocimiento y la capacidad de control de las dinámicas de grupo, así como el conocimiento necesario para tomar parte en los procesos de toma de decisiones compartidas.

4) Los psiquiatras deben ser formados para tener capacidad de negociar con sus pacientes y poder aplicar y coordinar las respuestas terapéuticas que requieran las necesidades, las discapacidades y los síntomas de los pacientes.

5) Los psiquiatras deben estar formados de modo de ser competentes para hacer participar a las familias y para evaluar la carga que soportan y los recursos de que disponen para enfrentarla.

6) Los psiquiatras deben tener una formación adecuada en los aspectos psi-

coterapéuticos centrales que facilitan el respeto y la empatía hacia los pacientes y sus grupos familiares. Deben conocer y ser capaces de controlar sus propias reacciones emocionales frente a una amplia gama de personalidades, comportamientos, sentimientos y otros fenómenos que se plantean en el ejercicio clínico. Los psiquiatras deben asegurarse de que en la comunidad existan los tratamientos psicológicos adecuados que permitan el tratamiento de toda la gama de trastornos mentales que se beneficiarían con esos abordajes.

7) Los psiquiatras deben participar en grupos públicos de discusión que les brinden información sobre la forma en la que son percibidas sus actitudes por parte de los pacientes y de sus familiares. Los psiquiatras deben conocer cualquier tendencia que pueda existir en sí mismos y sus compañeros respecto a la estigmatización de los pacientes. Las encuestas y las conversaciones con los pacientes y sus familiares, así como con otros profesionales, pueden ser útiles para este tipo de evaluación.

8) Los psiquiatras deben ser capaces de educar a los profesionales procedentes de otras disciplinas, así como a otros miembros de la comunidad.

9) Los psiquiatras deben saber cómo pueden contribuir, por una parte, a la valoración de las necesidades de salud mental en una población concreta y, por otra, a la resolución de los aspectos relacionados con la globalización.

10) Los psiquiatras deben ser capaces de negociar adecuadamente los recursos que requieren los servicios de salud mental. El porcentaje medio de DALY (años de vida años ajustados por discapacidad) perdidos debidos a los trastornos neuropsiquiátricos es del 20 % en todo el mundo y aumentará considerablemente a lo largo del próximo decenio. El porcentaje del presupuesto sanitario dedicado a estos trastornos es muy inferior.

11) Los psiquiatras deben estar bien formados para poder evaluar la provisión de los servicios desde dos puntos de vista distintos: el de la medicina basada en la evidencia y el de los pacientes y las personas que los cuidan.

12) Los psiquiatras deben participar en el aprendizaje a lo largo de toda la vida y desarrollar planes de formación EMC que cubran la amplia gama de funciones que deben desempeñar.

13) Existe el peligro de que el ejercicio profesional en algunos equipos de salud mental pueda dar lugar al aisla-

miento profesional de los psiquiatras. Es necesaria la participación en programas que aborden este problema con objeto de no adoptar una actitud de retirada defensiva hacia los contextos hospitalarios.

14) El trabajo realizado en la comunidad no debe dar lugar a la pérdida de capacidades profesionales en los psiquiatras con respecto al nivel existente en las plantas hospitalarias, los contextos de asistencia a enfermos crónicos y otras alternativas al hospital, ni tampoco debe representar una restricción al alcance de la psiquiatría como disciplina y como profesión (p. ej., la asistencia exclusiva de pacientes con trastornos psicóticos).

15) El psiquiatra comunitario debe aprender a trabajar con los pacientes que presentan problemas psicosomáticos y con los compañeros que pueden atender a estos pacientes; también debe atender las complicaciones psiquiátricas de las enfermedades médicas.

16) La organización y la definición de subespecialidades en psiquiatría serán diferentes en cada país, así como también la organización de los servicios según los diferentes grupos de edad de los pacientes.

(Estamos muy agradecidos a los profesores G. Thornicroft y W. Roessler por las presentaciones que constituyeron el fundamento de nuestro análisis y por ayudarnos a centrar muchas de las ideas expresadas.)

El Congreso Regional de la WPA «Advances in Psychiatry»

GEORGE CHRISTODOULOU

Chairman, Organizing Committee

El Congreso Regional e Intersectorial de la WPA «Advances in Psychiatry» tendrá lugar en Atenas, Grecia, entre el 12 y el 15 de marzo de 2005. Será la primera vez que se reúnan las 60 secciones científicas de la WPA para intercambiar ideas sobre cues-

tiones científicas y de política sanitaria. Todas las secciones han sido invitadas a participar y a presentar un informe de actualización sobre los logros alcanzados durante los tres últimos años en el área científica cubierta por cada una de ellas. Estas actualizaciones serán publicadas en un segundo volumen de «Avances en psiquiatría» (actualizaciones de las secciones científicas de la WPA). Se prevén discusiones estimulantes y productivas. Las secciones constituyen el fundamento científico de la WPA, y este Congreso les dará oportunidad de demostrar que cumplen las expectativas. Hasta el momento, el trabajo

de las secciones ha sido admirable, y la mayor parte de los eventos científicos de la WPA están basados en su contribución. Por ejemplo, en el Congreso Internacional de la WPA, realizado en Florencia durante el último mes de noviembre, presentaron simposios 54 secciones.

Este Congreso también abordará la producción científica, los avances, los problemas y las perspectivas existentes en los países de tres zonas geográficas de la WPA (Europa del Sur, Europa Central y Europa Oriental), con un énfasis especial en la Zona de Europa Oriental y los Balcanes, para la cual se ha establecido un programa

institucional especial de la WPA. Además de lo ya señalado, habrá conferencias invitadas y simposios dirigidos por profesionales eminentes de nuestro campo. Pensamos que éste va a ser un Congreso interesante y científicamente productivo, e invitamos a todos los lectores a que remitan sus presentaciones y contribuciones de investigación. Esperamos poder dar la bienvenida al lector en Atenas, la ciudad de los Juegos Olímpicos, en marzo de 2005.

Se puede obtener información y remitir los resúmenes de las presentaciones a través del sitio web <http://www.era.gr/wpa/2005athens.htm>.

La nueva Sección de la WPA sobre estigma y trastornos mentales

HEATHER STUART

Department of Community Health and Epidemiology, Queen's University, Kingston, Ontario K7L 3N6, Canada

La WPA, a través de su Global Program to Fight Stigma and Discrimination because of Schizophrenia (Programa global de lucha contra el estigma y la discriminación asociados a la esquizofrenia), ha identificado al estigma como un problema importante. El estigma crea un ciclo de discriminación y exclusión social de las personas que sufren un trastorno mental y de todas las demás personas relacionadas con estos pacientes. Más que la propia enfermedad, el estigma representa la barrera más importante para la calidad de vida de las personas que sufren trastornos mentales, de sus familiares y de sus amigos. También es un impedimento importante para la reforma de la salud mental y el desarrollo de los servicios.

La mayor parte de las personas que sufren trastornos mentales son tratadas en la actualidad en el contexto comunitario,

en donde las opiniones negativas de los demás pueden causar consecuencias significativas, desde las violaciones de los derechos humanos hasta la discriminación en el acceso a los puestos de trabajo o la vivienda y hasta los cuadros de reducción de la autoestima. El estigma y la posibilidad de estigma también causan alteraciones en las relaciones familiares y reducen las interacciones sociales normales.

Por lo tanto, el estigma y sus consecuencias son obstáculos importantes para la recuperación y la promoción de los pacientes con problemas psiquiátricos. Se ha creado una nueva sección de la WPA relativa al estigma y los trastornos mentales (WPA Section on Stigma and Mental Disorders), presidida por Wolfgang Fleischhacker (Austria) y Heather Stuart (Canadá), que en el momento actual está esperando su aprobación en el Congreso Mundial que se celebrará en El Cairo. Esta sección participará en actividades dirigidas hacia la reducción del estigma y la discriminación asociados a los trastornos mentales, con objeto de mejorar la inclu-

sión social de los pacientes que sufren problemas mentales y de sus familiares.

De forma más específica, los objetivos de esta sección son: a) transmitir la información relativa al estigma y la discriminación asociados a los trastornos mentales a través de publicaciones académicas y técnicas, así como a través de los simposios y cursos ofrecidos en las reuniones y congresos regionales de la WPA; b) estimular el progreso del conocimiento científico relativo al estigma mediante la colaboración en proyectos de investigación y su evaluación; c) incrementar la provisión de oportunidades de formación y apoyar el desarrollo de programas eficaces que permitan luchar contra el estigma y la discriminación asociados a los trastornos mentales.

Cualquier persona interesada en pertenecer a esta sección está invitada a ponerse en contacto con el secretario de ésta, Richard Warner, en Dick.Warner@compuserve.com, incluyendo una breve nota acerca de sus actividades recientes en esta área así como la dirección de contacto completa.

