

World Psychiatry

Edición en Español

REVISTA OFICIAL DE LA ASOCIACIÓN MUNDIAL DE PSIQUIATRÍA (WPA)

Volumen 5, Número 1



Abril 2007

EDITORIAL

- Declaración conjunta WPA-OMS sobre la función de los psiquiatras en la respuesta frente a los desastres 1
J.E. MEZZICH, B. SARACENO

PERSPECTIVA

- Enfermedades físicas en personas que sufren trastornos mentales 3
N. SARTORIUS

ARTÍCULOS ESPECIALES

- Asistencia psiquiátrica de los ancianos en los países pobres: un enfoque basado en los sistemas sanitarios 5
M. PRINCE, G. LIVINGSTON, C. KATONA
- Revisión del trastorno de compras compulsivas 14
D.W. BLACK

FORUM – CONFLICTOS DE INTERESES ECONÓMICOS EN PSIQUIATRÍA

- Conflictos de intereses económicos en Psiquiatría 19
G.A. FAVA

Comentarios

- Intereses encontrados y honestidad 25
G. GOODWIN
- Alguien voló sobre el nido de los conflictos de intereses 26
D. HEALY
- Psiquiatría: desde el interés por los conflictos a los conflictos de intereses 27
E. VIETA
- Acerca de la adecuada colaboración entre los investigadores y la industria farmacéutica: un punto de vista alternativo 29
M.E. THASE
- Permaneciendo en la auténtica misión 31
A.J. GELENBERG
- Puntos de vista encontrados acerca de los conflictos de intereses en Medicina 32
W.W. FLEISCHHACKER
- Conflictos de intereses y credibilidad de las investigaciones en Psiquiatría 33
S.M. PAUL, M. TOHEN

- Una contrapropuesta para la eliminación de los conflictos de intereses económicos en la Psiquiatría académica 34
A.A. NIERENBERG

- ¿Cuál es el impacto de los conflictos de intereses económicos sobre el desarrollo de la Psiquiatría? 36
A. HEERLEIN

ARTÍCULOS DE INVESTIGACIÓN

- El cociente intelectual premórbido varía según las diferentes definiciones de la esquizofrenia 38
A. URFER PARNAS, L. JANSSON, P. HANDEST, J. NIELSEN, D. SÆBYE, J. PARNAS
- Rentabilidad económica de un conjunto básico de intervenciones para el tratamiento de los trastornos mentales en Nigeria 42
O. GUREJE, D. CHISHOLM, L. KOLA, V. LASEBIKAN, S. SAXENA
- Contribución de Australia y Nueva Zelanda a las publicaciones internacionales de investigación en salud mental: un estudio de las revistas de alto impacto 49
J. WHITE, V. PATEL, H. HERRMAN

POLÍTICAS DE SALUD MENTAL

- La Psiquiatría europea: hacia la integración y la armonización 54
J.L. COX
- La cooperación regional en los países de Asia del Sur en el campo de la salud mental 57
J.K. TRIVEDI, D. GOEL, R.A. KALLIVAYALIL, M. ISAAC, D.M. SHRESTHA, H.C. GAMBHEERA
- Integración de la salud mental en atención primaria: iniciativas locales en Uganda 60
E. OVUGA, J. BOARDMAN, D. WASSERMAN

CARTA AL DIRECTOR

NOTICIAS DE LA WPA

- Reunión Regional de la WPA «La Salud Mental en Desarrollo» (Nairobi, 21-23 de marzo de 2007) 63
E.G. NJENGA
- Reunión Regional de la WPA «Ciencia y Humanismo» (Seúl, 18-21 de abril de 2007) 63
Y.C. CHUNG

World Psychiatry

Edición en Español

REVISTA OFICIAL DE LA ASOCIACIÓN MUNDIAL DE PSIQUIATRÍA (WPA)

Volumen 5, Número 1



Abril 2007

Traducción íntegra de la Edición Original

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

EDICIÓN ORIGINAL

Editor: M. Maj (Italy)

Associate Editor: H. Herrman (Australia)

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

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

EDICIÓN EN ESPAÑOL

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

Periodicidad: 3 números al año

Disponible en Internet: www.ArsXXI.com/WP

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

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

 Ars Medica

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

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

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

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

Arturo Soria 336, 2.ª pl. • 28033 Madrid • Tel. (34) 911 845 430 • Fax (34) 911 845 461

© Copyright World Psychiatric Association

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

Publicación que cumple los requisitos de soporte válido

ISSN: 1697-0683

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

Depósito Legal: B-34.071-2003

Impreso en España

Reservados todos los derechos.

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

Traducido por Grupo Ars XXI de Comunicación, S. L., del original en lengua inglesa (Volumen 6, Número 1, 2007). 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 6, Number 1, 2007). Responsibility for the accuracy of the Spanish language rests solely with Grupo Ars XXI de Comunicación, S. L., and is not the responsibility of the World Psychiatric Association (WPA).

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

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

LOPD: Informamos a los lectores que, según la ley 15/1999 de 13 de diciembre, sus datos personales forman parte de la base de datos de Grupo Ars XXI de Comunicación, S. L. Si desea realizar cualquier rectificación o cancelación de los mismos, deberá enviar una solicitud por escrito a: Grupo Ars XXI de Comunicación, S. L. Paseo de Gracia 84, 1.ª 08008 Barcelona.

Declaración conjunta WPA-OMS sobre la función de los psiquiatras en la respuesta frente a los desastres

JUAN E. MEZZICH¹, BENEDETTO SARACENO²

¹President, World Psychiatric Association

²Director, Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias, Organización Mundial de la Salud

Nos gustaría llamar la atención de los psiquiatras de todo el mundo y de los miembros de la comunidad sanitaria internacional en su conjunto respecto a la Declaración conjunta WPA-OMS sobre la función de los psiquiatras en la respuesta frente a los desastres (WPA-WHO Joint Statement on the Role of Psychiatrists in Disasters Response). Ésta es la primera de una serie de declaraciones periódicas realizadas por las mayores organizaciones internacionales en Psiquiatría y salud mental acerca de las principales cuestiones de carácter global planteadas en este campo.

Durante los últimos años se han producido desastres masivos con una frecuencia cada vez mayor, lo que está obligando a la comunidad mundial a conocer mejor estos fenómenos, sus causas (naturales o provocadas por la acción del hombre), y sus consecuencias sobre la salud general y sobre los distintos aspectos psicosociales de la población afectada. La necesidad de una respuesta cuidadosa y efectiva frente a los desastres es responsabilidad de todas las partes implicadas en los diferentes ámbitos: locales, nacionales e internacional. Con respecto al impacto psicosocial causado por los desastres masivos, la OMS (a través del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias) y la WPA, entre otras instituciones, han estado desarrollando –a través de sus distintas estructuras– procedimientos pertinentes, dispositivos educativos y servicios de aplicación local.

Se acepta el hecho de que los psiquiatras deben desempeñar una función apropiada en el conjunto de las iniciativas coordinadas de respuesta frente a los desastres. La optimización de esta función es una de las preocupaciones de la WPA, que ha establecido un Programa institucional para la respuesta frente a los desastres (Institutional Program on Disasters Response), con objeto de trabajar junto con la Sección sobre desastres y salud mental de la propia WPA, así como con diversos grupos locales de trabajo sobre desastres. La OMS también está contribuyendo a esta iniciativa, como parte de su responsabilidad general respecto a la salud mental pública.

En función de lo ya señalado, la WPA y la OMS han elaborado la Declaración conjunta sobre la función de los psiquiatras en la respuesta frente a los desastres (Joint Statement on the Role of Psychiatrists in Disasters Response), que se recoge a continuación, y que fue presentada en la Conferencia regional de la WPA que se llevó a cabo en Lima, Perú, el 30 de noviembre de 2006. Esperamos que esta declaración incremente la efectividad de las iniciativas globales que se están tomando en esta área de importancia creciente.

DECLARACIÓN CONJUNTA WPA-OMS SOBRE LA FUNCIÓN DE LOS PSIQUIATRAS EN LA RESPUESTA FRENTE A LOS DESASTRES¹

La WPA y la OMS desean llamar la atención de la comunidad internacional de psiquiatras acerca de las necesidades de las per-

sonas afectadas por los desastres, de las acciones básicas que pueden llevar a cabo los psiquiatras en estas circunstancias y del valor de la colaboración de los psiquiatras con los distintos organismos de salud pública.

Las situaciones de emergencia pueden dar lugar a efectos psicológicos y sociales devastadores sobre las personas, las familias, las comunidades y los grupos sociales, y suelen asociarse con un aumento de la incidencia de una amplia gama de trastornos mentales en las poblaciones afectadas. Por otra parte, los desastres pueden alterar gravemente las estructuras sociales y la continuidad de la asistencia formal e informal de las personas con enfermedades o trastornos preexistentes.

Dado que los desastres se asocian a una amplia gama de problemas sociales y de salud mental, no es sorprendente que los psiquiatras y los organismos de ayuda ofrezcan a menudo respuestas muy diversas y de diferente tipo. Esta ayuda se suele prestar en un momento en el que los servicios sanitarios y sociales normales están abrumados o han desaparecido por completo. Para evitar el caos e incrementar las posibilidades de que las poblaciones afectadas reciban el mejor apoyo posible, es importante: a) establecer prioridades en cuanto a la forma de responder al desastre y b) coordinar todas las respuestas de ayuda –las dirigidas específicamente a la salud mental y las respuestas de tipo psico-social– ofrecidas por los distintos organismos y profesionales procedentes de contextos diversos.

Las sociedades de Psiquiatría locales y nacionales deben participar en el fomento y la organización de las contribuciones realizadas por los psiquiatras. Con el objetivo de facilitar y guiar estas contribuciones, la WPA ha desarrollado estructuras como el Programa institucional sobre la respuesta frente a los desastres, una Sección de desastres y salud mental, y diversos grupos de trabajo locales que abordan específicamente las situaciones catastróficas, todos los cuales están creando recursos de carácter educativo en diversos idiomas y ofreciendo protocolos de formación y servicio². Se recomienda encarecidamente la interacción y la coordinación de las sociedades de Psiquiatría locales y de las estructuras pertinentes de la WPA con las organizaciones gubernamentales e intergubernamentales correspondientes. También es necesario tener en cuenta las publicaciones más recientes de la OMS acerca de esta cuestión.

Las actividades que deben realizar prioritariamente los psiquiatras que participan en *la fase aguda de un desastre* (es decir, cuando la mortalidad diaria es superior a la habitual) son las siguientes:

- *Trabajo coordinado con todos los organismos de ayuda, con objeto de establecer un amplio sistema de apoyo (que incluya las acciones dirigidas específicamente a la salud mental y las acciones psicosociales), en un contexto de participación máxima de las propias comunidades que reciben la ayuda.* En los desastres a gran escala las organizaciones de

¹ Esta declaración es consecuente con el protocolo Guidance on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings, elaborado por el Inter-Agency Standing Committee (IASC) con la colaboración de la WPA, de próxima publicación. El IASC, creado por la Asamblea General de Naciones Unidas, es el foro humanitario de mayor nivel para la coordinación, el desarrollo de políticas y los procesos de toma de decisiones.

² Respecto a las directrices actuales de la WPA, véase Mezzich JE: La WPA y la respuesta frente a los desastres: nuevas iniciativas políticas y acciones. World Psychiatry (Ed. Esp.) 2006;4:1-2.

ayuda llevan a cabo numerosas actividades de apoyo psicosocial dirigidas hacia «la protección», «el sector social» o el «sector sanitario». Para optimizar el apoyo brindado, es esencial la consideración de la opinión de las poblaciones afectadas y la coordinación entre los distintos sectores.

- *El mantenimiento del acceso a la asistencia por parte de las personas de la comunidad que sufren trastornos mentales agudos y graves.* Los psiquiatras desempeñan una función importante en la formación y la supervisión de los profesionales de asistencia primaria que deberán atender, en situaciones de desastre, a las personas que sufren trastornos mentales graves, en consultorios de asistencia primaria habituales o de emergencia. La mayoría de las personas con trastornos mentales graves a consecuencia de un desastre padecerá algún trastorno preexistente, aunque también habrá personas que padecen trastornos del estado de ánimo y de ansiedad de carácter grave inducidos por el desastre —p. ej., formas graves del trastorno por estrés agudo y del trastorno por estrés postraumático—, así como numerosos cuadros de problemas somáticos graves para los cuales no hay una causalidad médica.
- *La protección y la asistencia de las personas atendidas en centros de internamiento que sufren trastornos mentales graves y otros problemas mentales y neurológicos.* Quienes viven en instituciones se encuentran entre las personas más vulnerables de la sociedad, y su riesgo es especialmente elevado en las situaciones de urgencia, debido a que pueden quedar sin asistencia y sin protección con respecto a los efectos del desastre. Los psiquiatras desempeñan una función clave para garantizar la continuidad de la asistencia y la protección.
- *Apoyo y asistencia a las personas que trabajan en otros sectores de ayuda para abordar los determinantes sociales de*

la salud mental, por ejemplo, procurando: que los refugios se organicen de manera que las familias y grupos comunitarios desplazados puedan permanecer juntos para mantener su cohesión social; que las zonas de los servicios y aseos existentes en los campos de refugiados estén bien iluminadas para evitar la violencia sexual hacia las mujeres; que las familias sean adecuadamente identificadas, para evitar las separaciones de los niños; que los adultos y los adolescentes tengan oportunidades para efectuar actividades concretas y dirigidas de interés común que permitan evitar la pasividad; que todos los trabajadores sanitarios traten a sus pacientes con dignidad, etc.

Tras la fase aguda del desastre, los psiquiatras pueden desempeñar una función importante en la reconstrucción y la reorganización de los servicios comunitarios de salud mental, con objeto de que éstos puedan afrontar el incremento de la prevalencia de los trastornos mentales en las poblaciones afectadas. Con el objetivo de maximizar la cobertura asistencial de la población afectada, la asistencia centrada en las consecuencias traumáticas del desastre se puede integrar en los servicios sanitarios y de salud mental generales. Estos servicios pueden desempeñar un papel doble: una función de atención habitual en las épocas normales y una función de intervención sobre desastres en los períodos de emergencia. Los desastres no sólo causan tragedias sino que también constituyen una oportunidad sin precedentes para potenciar las perspectivas y la capacidad de resistencia de las personas y de las comunidades así como para reforzar el sistema de salud mental general.

World Psychiatry 2007; 5: 1-2

Enfermedades físicas en personas que sufren trastornos mentales

NORMAN SARTORIUS

Ginebra, Suiza

Dentro de unos pocos meses, Cambridge University Press editará una revisión detallada de las publicaciones en las que se documenta la frecuencia de las distintas enfermedades físicas en las personas que sufren esquizofrenia (1). A lo largo de los próximos 2-3 años, y probablemente con una periodicidad semestral, se editarán otros volúmenes relativos a la frecuencia y los tipos de enfermedades físicas que sufren las personas que presentan otros trastornos mentales.

El elemento desencadenante para la publicación de estas revisiones ha sido una comunicación personal realizada por un médico que trabaja con la organización Médicos Sin Fronteras en una república de Asia Central. Este médico se sintió desesperado por su incapacidad para conseguir los recursos suficientes que le permitieran reducir la tremenda mortalidad de las personas con esquizofrenia ingresadas en el hospital psiquiátrico central del país. Según su informe, una de cada dos personas hospitalizadas por esquizofrenia fallecía a lo largo del mismo año en el que era ingresada para tratamiento. Como en otros países, el alto índice de suicidios era en gran parte responsable de esta elevada mortalidad, aunque en una proporción importante de los pacientes la causa básica de la muerte era una enfermedad infecciosa (p. ej., tuberculosis). Hay otras enfermedades físicas que también muestran una prevalencia mayor en las personas que sufren esquizofrenia que en las que no padecen esta enfermedad.

Las personas con esquizofrenia no sólo muestran una mayor prevalencia de enfermedades físicas que las que no sufren esta enfermedad (2), sino que también experimentan más dificultades para conseguir asistencia sanitaria. Los hospitales psiquiátricos de muchos países carecen a menudo del equipamiento necesario para establecer el diagnóstico de una enfermedad física, así como también de los medicamentos y otros medios que permitan el diagnóstico y el tratamiento de este tipo de enfermedades. Los psiquiatras son reacios a tratar las enfermedades físicas, quizá de la misma manera que los médicos de otras especialidades no tienen en cuenta que sus pacientes también sufren un trastorno mental, o no les proporcionan el tratamiento adecuado para un trastorno.

La situación no es mejor con respecto a otras enfermedades mentales. Los trastornos depresivos se asocian a menudo a enfermedades físicas (p. ej., enfermedades cardiovasculares o diabetes) (3). Las personas que sufren demencia padecen con frecuencia enfermedades físicas, lo que también ocurre con las personas que presentan otros trastornos mentales o diversos cuadros de alteración de su actividad mental. En la planificación de los servicios asistenciales y en los programas educativos de los profesionales sanitarios no se suelen tener en cuenta las elevadas tasas de comorbilidad de los trastornos mentales y físicos.

No se conoce con exactitud la razón por la que las personas que sufren enfermedades mentales muestran una incidencia mayor de enfermedades físicas, en comparación con el resto de la población. Parte de la respuesta a esta pregunta puede ser el hecho de que algunas personas que presentan enfermedades mentales no prestan una atención suficiente a su cuerpo ni tampoco siguen las reglas más elementales de higiene y de profilaxis de las enfermedades. El hecho de que a menudo vivan en condiciones de pobreza y de que estén expuestas a un riesgo considerable de sufrir problemas de violencia y abuso también podría explicar parte del exceso de morbilidad y mortalidad por enfermedades físicas que presentan estas personas. Además, también puede ser importante el hecho de que las personas que padecen enfermedades mentales pueden sufrir cua-

dro de abuso de alcohol u otras sustancias, lo que las expone a las consecuencias negativas tanto de los propios cuadros de abuso de sustancias como de las enfermedades relacionadas con la forma en la que se lleva a cabo dicho abuso (p. ej., hepatitis). Sin embargo, una parte sustancial del exceso de la morbilidad física no se puede explicar por los factores mencionados y, por lo tanto, es necesario considerar la posibilidad de que haya factores que predispongan a la aparición de enfermedades físicas y que sean inherentes a las personas que sufren trastornos mentales. Entre estos factores se han mencionado las modificaciones en el sistema inmunitario y los cuadros de desequilibrio hormonal, aunque es necesario realizar más estudios de investigación para desentrañar el enigma de la elevada incidencia de las enfermedades físicas en las personas con trastornos mentales.

En muchos países, los psiquiatras se han despojado de sus batas blancas y de los símbolos que indican que son médicos, olvidando que son realmente médicos (aunque especialmente interesados en los síntomas mentales) y que su actividad profesional pertenece a la Medicina. La creación de la especialidad de la Psiquiatría de enlace es un triste testimonio del hecho de que sólo una pequeña proporción de los psiquiatras muestra interés por la asistencia global de las personas que padecen enfermedades físicas. No hay internistas de enlace, dermatólogos de enlace ni cirujanos de enlace; cuando se los invita a consultar con otros colegas, estos especialistas simplemente lo hacen, sin haber tenido una preparación específica para realizar estos enlaces. Siguen siendo internistas, dermatólogos o cirujanos que asesoran a sus colegas cuando es necesario, sin necesidad de mantenerse separados del resto de su especialidad. La existencia de psiquiatras de enlace es un mensaje imprudente que se lanza al resto de la Medicina: a pesar de poseer una titulación en Medicina, sólo unos pocos psiquiatras tienen una formación médica que les permita abordar a pacientes que presenten al mismo tiempo trastornos mentales y enfermedades físicas.

¿Qué se podría hacer acerca de ello? En primer lugar, deberían obtenerse datos que demuestren la magnitud del problema de la comorbilidad y de sus consecuencias en las diferentes partes del mundo, en los distintos tipos de servicios asistenciales y para los diversos trastornos mentales. Además de la recogida de estos datos, sería necesario llevar a cabo otras iniciativas, como la revisión de los programas formativos de los profesionales sanitarios, antes y después de la licenciatura. La implementación de modificaciones en los programas formativos de las facultades de Medicina lleva mucho tiempo, y los periodos necesarios para el cambio son todavía mayores cuando no existen presiones para su introducción. La aplicación obligatoria de medidas de detección de trastornos mentales en los centros sanitarios generales y de las enfermedades físicas en los servicios de salud mental también podría incrementar la concienciación de todas las partes implicadas respecto a la necesidad de tomar medidas frente a esta situación. Los métodos de valoración selectiva o detección que se podrían implementar en esta iniciativa deberían ser sencillos y de fácil aplicación; además, su introducción debería estar relacionada con el desarrollo de mecanismos que permitieran la administración del tratamiento adecuado, una vez establecido el diagnóstico de la comorbilidad. El estigma asociado a la enfermedad mental da lugar a la discriminación, en el sistema sanitario general, de las personas que sufren estas enfermedades; por ello, la introducción de un modelo asistencial global requeriría también la aplicación de medidas para reducir el estigma. Una consecuencia importante del estigma es la baja prioridad otorgada a la

asistencia de la salud mental, lo que se traduce en una menor asignación de fondos a los servicios de salud mental. A fin de cambiar esta situación, sería útil demostrar que la atención y el tratamiento simultáneos de las enfermedades mentales y físicas mejoran el pronóstico de ambos tipos de enfermedad y reducen los costes de los tratamientos.

World Psychiatry 2007; 5:3-4

Bibliografía

1. Leucht S, Burkard T, Henderson J et al. Schizophrenia and physical illness. Cambridge: Cambridge University Press (in press).
2. Meyer JM, Nasrallah HA. Medical illness and schizophrenia. Washington: American Psychiatric Publishing, 2003.
3. Robertson MM, Katona CLE. Depression and physical illness. Chichester: Wiley, 1997.

Asistencia psiquiátrica de los ancianos en los países pobres: un enfoque basado en los sistemas sanitarios

MARTIN PRINCE¹, GILL LIVINGSTON², CORNELIUS KATONA³

¹Institute of Psychiatry, King's College London, De Crespigny Park, Londres SE5 8AF, UK

²Department of Mental Health Science, Centre for Ageing and Mental Health Science, University College London, Londres, UK

³Kent Institute of Medicine and Health Sciences, Canterbury, UK

El desarrollo futuro de los servicios asistenciales dirigidos a los ancianos se debe diseñar para adecuarse al contexto de los sistemas sanitarios. Los países pobres carecen del capital económico y humano que permita una implementación generalizada de servicios especializados. El método económicamente más rentable para tratar a las personas que sufren demencia es el apoyo, la educación y la orientación de los familiares que cuidan de ellas. El siguiente aspecto asistencial que se debe priorizar, tanto en los centros de día como en los asilos o las residencias, es el del relevo en los cuidados de salud, es decir, la provisión de asistencia breve y temporal de los enfermos, a fin de que los cuidadores puedan descansar. Un requisito previo importante para mejorar la asistencia de los ancianos es el establecimiento de un clima que fomente la aplicación de estos avances. El incremento de la concienciación es un requisito necesario para que la gente solicite los servicios asistenciales, y la falta de concienciación es un problema sanitario que dificulta las intervenciones en el ámbito de toda la población.

Palabras clave: ancianos, asistencia psiquiátrica, países pobres, enfoque de sistemas sanitarios, concienciación, cuidadores familiares

Ya en 1990, una clara mayoría (58 %) de la población mundial de 60 o más años de edad vivía en los países en vías de desarrollo. Se considera que para 2020 este porcentaje se incrementará hasta el 67 %. A lo largo de este periodo de 30 años, el número de personas de esta edad se habrá incrementado en un 200 % en los países en vías de desarrollo, en comparación con el 68 % en los países desarrollados (1). Esta transición demográfica se acompañará de un crecimiento económico y una industrialización sin precedentes, así como de cambios profundos en la organización social y en los patrones de la vida familiar.

En los ancianos, las alteraciones de la salud mental constituyen una causa importante de morbilidad y de mortalidad prematura. Entre las enfermedades neuropsiquiátricas, la demencia y la depresión mayor son las más frecuentes, de manera que explican, respectivamente, un cuarto y un sexto de todos los años de vida ajustados por discapacidad (*disability adjusted life years*, DALY) en este grupo (1). En 2005, la organización Alzheimer's Disease International encargó a un panel de expertos que revisara todos los datos epidemiológicos disponibles y que realizara una estimación de consenso acerca de la prevalencia de la enfermedad de Alzheimer y del número de personas afectadas en cada región mundial (2). En muchas regiones del mundo no existían datos epidemiológicos representativos, obtenidos a través de estudios bien diseñados. El panel de expertos señaló que en aquel momento había 24,3 millones de personas que sufrían demencia y que cada año se diagnosticaban 4,6 millones de nuevos casos de esta enfermedad (un nuevo caso cada 7 segundos). La cifra de personas afectadas se duplicará cada 20 años, hasta alcanzar los 81,1 millones en 2040. La mayoría de las personas que sufren demencia reside en países en vías de desarrollo; en 2001 esta proporción era del 60 %, y se ha estimado que para 2040 será del 71 %. Las tasas de incremento no son uniformes: se ha previsto que en los países desarrollados estas cifras se incrementen en un 100 % entre 2001 y 2040, y en más de un 200 % en India, China y sus países vecinos del sur de Asia y de la región del Pacífico Occidental.

Los profesionales de la salud mental llevan a cabo algunas de las intervenciones más eficaces en bioMedicina (3). Para las depresiones que aparecen en las etapas tardías de la vida, se dispone de antidepresivos y tratamiento gradual, junto a las intervenciones multidisciplinarias (4-7). Para la demencia, las intervenciones psicosociales efectuadas sobre los cuidadores (8), las estrategias terapéuticas conductuales (9, 10), la asis-

tencia de carácter cooperativo dirigida por profesionales de enfermería (11) y (de manera no tan clara) los fármacos inhibidores de la colinesterasa (12) han demostrado una eficacia –al menos– moderada. La limitación principal es la escasez de recursos o de sistemas para aplicar las intervenciones terapéuticas eficaces a las personas en las que podrían ser útiles dichas intervenciones, tanto en la comunidad como en las residencias y los asilos (13, 14). Esta realidad es más grave en los países en vías de desarrollo, en los que el número de psiquiatras y de otros profesionales de la salud mental es realmente muy escaso. En el Atlas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (15) se evaluaron los recursos existentes y se observó que en India, China y la mayor parte del resto de los países del sur y del sureste asiático hay menos de un psiquiatra por cada 100.000 personas de la población general, mientras que en la mayoría de los países de África Subsahariana hay menos de un psiquiatra por cada millón de personas. En el futuro inmediato, es irreal la posibilidad de un servicio especializado en salud mental accesible para todos los habitantes de estas naciones. La OMS recomienda que los servicios de salud mental se integren en la asistencia primaria, pero se ha avanzado muy poco en esta dirección. Los servicios centralizados en los hospitales ofrecen una asistencia limitada a un pequeño número de pacientes que sufren trastornos mentales graves; con respecto al resto de los pacientes, la carga de la atención recae sobre la familia, la comunidad y los curadores tradicionales. La concienciación acerca de los trastornos mentales y el conocimiento de sus características son escasos en todos los ámbitos y niveles sociales. Las personas que sufren enfermedades mentales son a menudo víctimas del estigma y no son diagnosticadas ni tratadas apropiadamente por los servicios sanitarios. El «enfoque basado en los sistemas sanitarios» en el desarrollo de los servicios contempla los factores socioculturales y regionales que modulan las percepciones relativas a la salud, los cuadros clínicos de las enfermedades y las interacciones entre los posibles pacientes y los profesionales que ofrecen servicios asistenciales (16) a través del análisis de las características sociodemográficas locales, los patrones de la enfermedad, las creencias y prácticas determinadas culturalmente, los recursos existentes, las políticas gubernamentales y las condiciones macroeconómicas y microeconómicas. Así, estos datos del contexto permitirían el establecimiento de prioridades, así como el diseño de nuevos servicios y su implementación.

UN ENFOQUE BASADO EN LOS SISTEMAS SANITARIOS

Actitudes hacia los ancianos

En muchos países en vías de desarrollo, los ancianos son tratados con un gran respeto tanto en las familias ampliadas de las que son cabeza como en la sociedad en su conjunto. Estas actitudes también pueden ser sostenidas por las familias que emigran a países desarrollados, aunque es importante evitar las simplificaciones excesivas respecto a la mitificación de los puntos de vista «étnicos» de las sociedades culturalmente mixtas (17).

Por ejemplo, en Ghana los ancianos disfrutaban de una gran consideración como mediadores y expertos en los problemas sociales, en las costumbres y en las tradiciones: «los ancianos eran considerados como un símbolo de la deidad, la afrenta realizada a un anciano era una afrenta a los dioses, que exigía una expiación costosa» (18). Este sistema de creencias es muy habitual en todo el continente africano. En el sureste asiático, el principio moral de apoyo, cariño y respeto a los ancianos basado en la doctrina de Confucio está tradicionalmente anclado en la familia y se practica en toda la sociedad, no solamente en China sino también, por ejemplo, en Japón y Tailandia (19). El concepto de «piedad filial» exige respeto, honor y cuidados del hijo hacia los padres. En India, los ancianos son venerados, y se considera que «los padres están cerca de Dios; la familia los debe respetar y tratar bien» (20). No obstante, otros estudiosos han identificado un fatalismo inherente en las actitudes hindúes tradicionales frente a la ancianidad. El término *sathiyana* del idioma Hindi, que se suele traducir habitualmente como «senilidad», significa literalmente «sentón» (21) y se refiere simultáneamente al concepto de la edad cronológica avanzada y del deterioro inevitable que acompaña al envejecimiento (22). En las fases finales del ciclo clásico de la vida, Vanaprastha y Sanyasa, se fomenta la «desconexión» de los ancianos, de manera que puedan prepararse para la muerte y para una transferencia intergeneracional adecuada de los bienes, las propiedades materiales y el poder (23). Para los hindúes de edad avanzada, la influencia sociológica y psicológica de estos principios todavía es profunda y dominante (24). Así, contemplada a través de este prisma, las concepciones occidentales pueden parecer desconcertantes para los comentaristas hindúes: «A las personas (de la India rural) no las asusta la muerte. La consideran algo inevitable. La falta de medicamentos frente a las enfermedades que aparecen en la senectud implica una supervivencia relativamente menos medicada, en comparación con la situación existente en los países industriales avanzados. Las residencias de ancianos de los países occidentales dan en ocasiones la impresión de que son salas de espera para personas ya muertas, que esperan su entierro» (23).

En discusiones de grupo realizadas en el sur de India, muchos participantes de edad avanzada han considerado que el respeto que se les debe ha disminuido (20): «los valores que nos enseñaron nuestros abuelos respecto a sí mismos y a los demás están empezando a ser olvidados de manera deliberada, lo que hace que la senectud será más dura y que haya menos respeto hacia los ancianos». En Japón se ha señalado que «el respeto a los ancianos puede ser más simbólico que real»; en estudios de investigación recientes se ha llamado la atención acerca de la preponderancia de los estereotipos negativos sobre los positivos (19).

Modos de vida

En la mayoría de los países en vías de desarrollo, los ancianos –viudos o no– viven característicamente con sus familias en hogares multigeneracionales. El concepto de vivir solo es extraño

y aterrador. Por ejemplo, en China, sólo el 8 % de los ancianos y el 10 % de las ancianas viven solos; más de las dos terceras partes vive con sus hijos, y esta proporción se incrementa hasta las cuatro quintas partes en el caso de las personas de edad muy avanzada (25). El 88 % de los ancianos de Ghana vive con familiares más jóvenes (18). Por el contrario, en el Reino Unido sólo el 25 % de las personas mayores vive con familiares más jóvenes; la mayoría vive sola (35 %) o con su cónyuge (40 %). Un aspecto interesante es la evidencia histórica de que las unidades familiares y generacionales ampliadas han sido la excepción en todas las épocas; los hijos siempre han tenido tendencia a abandonar el hogar y a establecer el suyo propio al contraer matrimonio.

Se percibe, globalmente, que la familia y las estructuras de parentesco tradicionales se encuentran en situación de amenaza, debido a los cambios sociales y económicos que acompañan al desarrollo económico y a la globalización (26). En Japón (un país con una industrialización y un desarrollo económico rápidos y relativamente recientes), el 87 % de los ancianos vivía hasta hace poco tiempo con sus familiares más jóvenes. Sin embargo, el número de ancianos que viven solos aumentó progresivamente desde 0,6 millones en 1975 hasta 3,2 millones en 2001, y el número de hogares habitados por parejas de edad avanzada que vivían solas se incrementó desde 0,9 millones hasta 4,5 millones a lo largo del mismo período. La educación de las mujeres y su participación cada vez mayor en el mercado laboral reducen tanto su disponibilidad para cuidar a los ancianos como su voluntad para llevar a cabo esta función adicional. Los grupos de población tienen una movilidad cada vez mayor, debido a que la educación, el abaratamiento de los viajes y la flexibilidad de los mercados laborales inducen a los hijos a emigrar a las ciudades y al extranjero para buscar trabajo. En India, Venkoba Rao ha acuñado un acrónimo para describir este fenómeno social creciente: PICA, *Parents in India, Children Abroad* (Padres en India, hijos en el extranjero). Durante la época económicamente catastrófica de la década de 1980 abandonaron el país 2 millones de nativos de Ghana; el 63 % de los ancianos perdió el apoyo de uno o más de sus hijos. La disminución de la fertilidad también ha sido importante; sus efectos quizá sean más evidentes en China, un país en el que las leyes que impedían tener más de un hijo dieron lugar al incremento en el número de ancianos (especialmente en el grupo de los que habían tenido una hija) privados de apoyo familiar. En África Subsahariana, los estragos de la epidemia del virus de inmunodeficiencia humana (VIH)/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) han dado lugar a la «orfandad» de los padres y de los hijos.

Apoyo familiar

En todo el mundo, la familia sigue siendo la piedra angular de los cuidados de los ancianos que han perdido su capacidad para vivir de manera independiente debido a demencia o a cualquier otro trastorno mental. No obstante, los estereotipos a este respecto son abundantes y pueden introducir confusión. Por una parte, en los países desarrollados con sistemas de asistencia sanitaria y social de carácter integral se suele pasar por alto el papel asistencial clave de las familias y el apoyo que prestan. Por el contrario, en los países en vías de desarrollo se suelen estimar de manera excesiva la fiabilidad y la universalidad del sistema de asistencia familiar; los ancianos constituyen uno de los grupos más vulnerables debido en parte a la persistencia de los mitos que rodean a su ubicación en la sociedad (26). El estudio preliminar multicéntrico del 10/66 Dementia Research Group (27) fue la primera evaluación sistemática y global de los métodos asistenciales hacia las personas con demencia que residen en los países en vías de desarrollo, así como del impacto de dicha asistencia sobre los

familiares que las cuidan. Los resultados fueron similares a los obtenidos en los países desarrollados, según la información obtenida en el estudio EUROCARE, en el que fueron evaluados 14 países europeos (28). En ambos contextos, la mayor parte de los cuidadores eran mujeres mayores que atendían a sus maridos o mujeres más jóvenes que atendían a alguno de sus progenitores, y los cuidadores estaban sometidos a un estrés psicológico considerable. No obstante, algunos aspectos fueron radicalmente diferentes; las personas con demencia que residían en los países en vías de desarrollo vivían característicamente en hogares de gran tamaño, en familias ampliadas. El tamaño mayor de las familias ampliadas se asoció a un menor estrés en los cuidadores; sin embargo, este efecto tuvo una magnitud pequeña, y sólo fue aplicable en los casos en los que el cuidador principal residía con el anciano, mientras que tuvo una dirección opuesta en los casos en los que el cuidador no residía en la misma vivienda que el anciano, debido quizá al incremento en el potencial de conflictos familiares. Posiblemente, el obstáculo principal para un apoyo y una asistencia efectivos de los ancianos que sufren enfermedades mentales y de sus familias en los países en vías de desarrollo sea la falta de concienciación acerca de este problema entre los políticos, entre los profesionales sanitarios y en la comunidad en general. Al igual que ocurre en las comunidades occidentales de origen étnico mixto (17), la mitificación del papel asistencial de la familia conlleva evidentemente el riesgo de perpetuación de la complacencia.

Política gubernamental: la función del Estado frente a la función de la familia

En la Unión Europea, la política gubernamental muestra grandes diferencias entre los Estados que asumen una responsabilidad legal por la provisión de una asistencia integral a toda demanda (p. ej., algunos países escandinavos) y los países que ofrecen servicios estatales mínimos, colocando al mismo tiempo sobre las familias la responsabilidad legal de la provisión del apoyo económico y práctico (p. ej., algunos países del sur de Europa). En todo el mundo hay una tendencia a que los gobiernos de los países con sistemas de bienestar y subsidios menos desarrollados y centralizados fomenten la asistencia tradicional por parte de las familias a través de una legislación de carácter coercitivo o del ofrecimiento de incentivos fiscales o sociales. Así, en la República Popular China, el Partido Comunista adoptó los principios de Confucio en la Ley del matrimonio de 1980, otorgando a los padres que pierden la capacidad para obtener ingresos económicos el derecho a reclamar el apoyo por parte de sus hijos. Las violaciones de esta ley se pueden castigar con hasta 5 años de prisión. Los incentivos sociales se han popularizado en los países del sureste asiático; en los países con programas de vivienda social, tales como Singapur y Hong Kong, los familiares que cuidan a ancianos tienen prioridad en la lista de espera para la obtención de una vivienda protegida. En Japón se ha revocado la norma legal que obliga a los hijos a atender a los padres, y en 2001 se introdujo un sistema de seguridad asistencial a largo plazo, de carácter público y obligatorio, al que deben contribuir económicamente todos los ciudadanos de más de 39 años de edad. Este sistema faculta a las personas que requieren asistencia debido a su edad a elegir entre una amplia gama de servicios y de profesionales, incluyendo las opciones asistenciales domiciliarias, comunitarias e institucionales, financiadas por el gobierno pero que requieren un copago por parte de los pacientes.

La cultura nacional y la disponibilidad de servicios son elementos importantes para determinar la proporción de ancianos que vive en contextos residenciales y, por lo tanto, los grados de discapacidad y las necesidades de la población de ancianos que vive en la comunidad. Por ejemplo, en un estudio europeo publi-

cado recientemente (29), las personas de Francia e Italia que recibían una asistencia comunitaria tenían una dependencia física mucho mayor que las residentes en otros países europeos. Con respecto al promedio de horas de asistencia formal brindadas, los ancianos italianos fueron los que recibieron la menor cantidad de horas de atención, mientras que los franceses fueron los que recibieron la mayor cantidad de horas. Los participantes italianos fueron los que presentaron índices menores de diagnósticos psiquiátricos y un índice de diagnósticos preexistentes de demencia similar al de otros países, a pesar de que en este grupo hubo una proporción mayor de personas con alteraciones cognitivas. Estos datos sugieren que en Italia puede haber un alto grado de morbilidad por trastornos psiquiátricos no diagnosticados, incluyendo los de carácter cognitivo.

Fuentes de ingresos de los ancianos

En muchos de los países económicamente desarrollados (aunque no en todos) se han tomado medidas para el ofrecimiento de planes de pensiones de carácter universal, para la subvención de las personas discapacitadas y para el apoyo económico de los cuidadores. Todo ello puede contribuir de manera significativa a facilitar la situación de las personas que sufren demencia y la situación de las personas que las cuidan. En los países pobres sólo una pequeña proporción de los ancianos consigue una pensión básica de subsistencia. Son necesarios planes más amplios de carácter gratuito, aunque es poco probable que se instauren en el futuro inmediato, aun teniendo en cuenta las predicciones más optimistas. Ésta es una situación poco afortunada, debido a que la pensión otorgada a un anciano puede representar una contribución importante y garantizada al presupuesto familiar, incluso en los casos en los que la pensión es muy pequeña.

Por estas razones, los ancianos que viven en los países en vías de desarrollo suelen trabajar, mientras se lo permite su estado de salud. En 1990, Naciones Unidas estimó que en las regiones del mundo en vías de desarrollo realizaba un trabajo remunerado el 45 % de las personas de 60-64 años y el 28 % de los mayores de 64 años. Por otra parte, estos ancianos pueden realizar una labor de supervisión de los nietos mientras trabajan los padres, atienden a los hijos mayores que sufren alguna forma de discapacidad, trabajan voluntariamente y educan de manera informal a las generaciones más jóvenes. Cuando se inicia su deterioro, los ancianos pasan a depender de sus hijos respecto a la vivienda, la alimentación, el dinero y la asistencia personal. Uno de los resultados clave del estudio preliminar del 10/66 Dementia Research Group con respecto a los cuidadores (27) fue el hecho de que los cuidadores que residen en los países en vías de desarrollo sufren un perjuicio económico sustancial. Una elevada proporción de los cuidadores debe reducir su trabajo remunerado para poder cuidar al anciano. Muchos cuidadores necesitan y obtienen apoyo adicional y, aunque este apoyo suele tener un carácter informal y lo ofrecen tanto los amigos como el resto de los familiares, también son relativamente frecuentes las situaciones de cuidadores de pago. Las personas con demencia que residen en países en vías de desarrollo son grandes consumidoras de servicios sanitarios, de manera que los costes directos asociados son elevados. El apoyo económico en forma de indemnización es prácticamente inexistente; son pocos los ancianos que residen en estos países con una pensión estatal o laboral, y virtualmente ninguno de los pacientes con demencia evaluados en el estudio preliminar del 10/66 Dementia Research Group recibía alguna forma de pensión por discapacidad. Los cuidadores realizan a menudo otro trabajo remunerado, y casi ninguno de ellos recibe ninguna forma de compensación económica por su trabajo como cuidador. La combinación de disminución de los ingresos familiares y de incremento de los gastos de la familia, a causa de la asistencia del anciano, es una situación

especialmente angustiante en los países pobres, en los que muchos hogares se mantienen en niveles de subsistencia. Esta situación puede desbordar literalmente los limitados recursos de algunas familias. En ausencia de una red de seguridad, la falta de apoyo familiar en cualquier situación de este tipo puede tener un carácter catastrófico. La indigencia es un problema evidente y documentado (26). Se desconoce el número de personas con demencia que están en estas circunstancias.

Conocimiento, actitudes y creencias

La organización Alzheimer's Disease International y sus sociedades nacionales miembro han determinado que la concienciación acerca de la demencia tanto en la comunidad en general como entre los profesionales sanitarios representa una prioridad mundial (30). Son relativamente escasos los estudios formales efectuados acerca del grado de concienciación sobre la demencia en los países en vías de desarrollo. Un índice de dicha concienciación es la cobertura de la demencia en los medios de comunicación: en una de sus primeras actividades, el 10/66 Dementia Research Group publicó un estudio de investigación realizado sobre los periódicos hindúes de formato grande (*The Times of India* y el *Hindu*), en los que no pudo encontrar ni un solo artículo relativo a esta enfermedad (31). A pesar de que todavía queda mucho por hacer, en algunos países desarrollados la concienciación ha crecido en forma notable; en el Reino Unido, una búsqueda similar en las columnas de un solo periódico nacional reveló la existencia de 57 artículos a lo largo de un período de 18 meses, en los que se contemplaba la demencia a través de perspectivas múltiples. De la misma manera, la Alzheimer's Society y otras organizaciones humanitarias estadounidenses relacionadas con los ancianos han realizado campañas eficaces para la mejora de la situación de estas personas y, con peores resultados, para incrementar la disponibilidad de fármacos frente a la demencia.

En tres estudios recientes publicados en India se han obtenido resultados concordantes respecto al grado de concienciación en las diferentes comunidades estudiadas (a través de una combinación de discusiones de grupo y de entrevistas abiertas) (20-22). En primer lugar, se reconocen de manera general las características típicas de la demencia, que se denomina «Chinnan» (literalmente, «infantilismo») en el lenguaje malayo de Kerala (22), «nerva frakese» («cerebro cansado») en la lengua Konkani de Goa (20) y «cerebro débil» en la lengua Hindi de Benarés (21). Sin embargo, en ninguno de estos contextos existe concienciación acerca de que la demencia es un síndrome cerebral orgánico o de que es alguna forma de enfermedad médica. En cambio, se la percibe como una fase normal y anticipada del envejecimiento. En Goa, las causas posibles de la demencia más citadas fueron «el abandono por parte de los familiares, el abuso, la tensión y la falta de cariño» (20). En Kerala se señaló que la mayoría de los cuidadores interpretaba erróneamente los síntomas de la enfermedad y los consideraba comportamientos deliberados por parte de las personas que padecían demencia (22).

La falta general de concienciación da lugar a consecuencias importantes. En primer lugar, no hay una formación estructurada para el diagnóstico y tratamiento de la demencia en ningún nivel del servicio asistencial sanitario. En segundo lugar, en ausencia de conocimientos respecto a su origen, la demencia es estigmatizada; por ejemplo, los pacientes con demencia son excluidos específicamente del ingreso a residencias, y a menudo también se les niega cualquier forma de hospitalización. En tercer lugar, no hay respaldo para presionar a los gobiernos o los políticos, a fin de que ofrezcan una respuesta más adecuada con respecto a los servicios asistenciales relacionados con la demencia (22). En cuarto lugar, a pesar de que en la mayor parte de los casos son

las familias las que cuidan a los enfermos de demencia, generalmente realizan esta tarea con poco conocimiento y con un apoyo escaso o nulo por parte de otras personas y de los distintos organismos. Los síntomas conductuales de la demencia (vagabundeo, gritos, acusaciones) pueden ser tomados por las personas que desconocen esta enfermedad como una prueba de abandono o abuso del anciano. Así, los cuidadores se enfrentan a un peligro doble: por un lado, el estrés de la asistencia que deben prestar a su familiar, y, por otro lado, el estigma y la acusación que atraen sobre ellos debido al comportamiento alterado del paciente. Esta situación queda reflejada en el estudio preliminar del 10/66 Dementia Research Group a través de las respuestas ofrecidas por algunos cuidadores a la pregunta «¿Qué es lo que usted considera más difícil en relación con los cuidados que presta a su familiar?» (32): «Los miembros de la familia creen que nosotros somos la causa de la enfermedad y consideran que nos merecemos todo lo que nos pasa. No nos preocupa tanto la opinión de otras personas que no son de la familia»; «Nuestra pariente quiere volver a casa. Se siente engañada y estafada. Se comporta como una niña y dice que ella me cuida a mí, en vez de que yo la cuido a ella. Su comportamiento es vergonzoso. Tenemos que cerrar la puerta con llave continuamente. Nos sentimos avergonzados; es una vida inútil».

Estos argumentos son una evidencia manifiesta de la utilidad de la divulgación adecuada de la información estructurada relativa a la demencia.

Servicios comunitarios

Sorprendentemente, hasta hace poco tiempo en los países en vías de desarrollo había muy poca información respecto a las características de los servicios disponibles para los enfermos con demencia, la magnitud de la solicitud de asistencia y la eficacia de la asistencia brindada. Incluso hoy en día, a pesar del interés cada vez mayor por la investigación epidemiológica, no se dispone de datos cuantitativos generalizables. No obstante, parece evidente que la demencia en los países en vías de desarrollo tiende a ser un problema oculto. Las familias afectadas no suelen acudir a los servicios sanitarios, y éstos ignoran la mayor parte de los casos existentes en su comunidad. Sin embargo, la escasez de solicitudes de ayuda no presupone la inexistencia de necesidades. K.S. Shaji, uno de los investigadores del 10/66 Dementia Research Group en Kerala, en el sur de India, comentó respecto a los cuidadores de 17 ancianos con demencia: «Muchos cuidadores expresaron su deseo de tener más información acerca de la enfermedad y de su tratamiento. La mayoría señaló que estaría interesada en asistir a reuniones de grupos de apoyo o a programas formativos dirigidos hacia los cuidadores. Sin embargo, ninguna de las personas con demencia mantenía un contacto regular con algún tipo de centro sanitario. Las visitas a las consultas ambulatorias eran percibidas como complicadas e inútiles. Ninguno de los cuidadores había recibido nunca nada de información por parte de nadie en cuanto al tratamiento o el control de su familiar en el hogar. Los cuidadores señalaron que aprendían de su propia experiencia y que se sentían desdichados por no recibir ningún tipo de ayuda por parte de los profesionales sanitarios. No habían tenido ningún tipo de contacto con organismos gubernamentales o no gubernamentales que ofrecieran servicios especiales dirigidos hacia los pacientes con demencia» (22).

También en Goa, los médicos de asistencia primaria señalaron que no se los había consultado y que tenían una experiencia directa escasa o nula respecto al problema existente en su comunidad. Esta experiencia contrastó con la de los trabajadores de la salud no profesionales, de la localidad, quienes reconocieron la viñeta correspondiente a la demencia e identificaron la enfermedad en muchos pacientes de su comunidad.

En general, los servicios sanitarios de los países en vías de desarrollo están insuficientemente equipados para cubrir las necesidades de las personas de edad avanzada. Incluso en el nivel primario, la asistencia se lleva a cabo en las consultas: los ancianos deben acudir a la consulta para lo cual tienen que realizar a menudo desplazamientos importantes y soportar tiempos de espera prolongados antes de recibir la asistencia. Incluso si pueden acudir a la consulta, la valoración y el tratamiento que reciben están orientados hacia los cuadros agudos más que hacia los crónicos. Se considera que los problemas agudos son más susceptibles de tratamiento y que los de carácter crónico no responden al tratamiento y que, por lo tanto, no son realmente responsabilidad de los servicios sanitarios. Así, en nuestra experiencia, el diagnóstico de demencia se realiza a menudo con el único objetivo de excluir a los ancianos del propio sistema asistencial. Por ejemplo, en un suburbio de Soweto los profesionales de enfermería de una clínica comunitaria fueron formados para diferenciar entre la demencia y el delirio. Los pacientes con delirio eran remitidos al hospital para el tratamiento del trastorno agudo subyacente, mientras que los que sufrían demencia eran devueltos a su familia. En Goa, se advirtió a los psiquiatras que no ingresaran a ancianos con demencia por el temor a que sus familias pudieran rechazar después su vuelta a casa.

Asistencia en residencias

Las instituciones de carácter residencial son abundantes en muchos países desarrollados. La mayoría de los ancianos británicos y estadounidenses que viven en residencias con asistencia durante las 24 horas del día sufren demencia (33), a pesar de que es posible que este diagnóstico no se haya establecido formalmente y aunque el contexto pueda tener como objetivo la exclusión de los pacientes con demencia (34, 35).

En un estudio realizado sobre distintos contextos asistenciales en el Reino Unido se entrevistó al personal sanitario, a los familiares y a los propios pacientes respecto a su experiencia en el centro de residencia (36): muchos de ellos valoraban las posibilidades de elección y la autonomía, y todavía querían más actividades, a pesar de que no siempre se les ofrecía. «Me aburro... quiero hacer cosas, quiero hacer y organizar cosas» (una paciente de 83 años de edad con alteración cognitiva grave). «Intento que pinte porque le gusta mucho... creo que hemos hecho algunos progresos» (una asistente sanitaria de 60 años de edad).

Hasta el momento, las residencias de ancianos son escasas en los países en vías de desarrollo. Como parte de su política de fomento de los modos de vida familiares tradicionales, los gobiernos no promueven ni impiden oficialmente la creación de residencias. Sin embargo, en las regiones de desarrollo más rápido su número está creciendo a gran velocidad. En las fases iniciales de su desarrollo, las residencias de ancianos son dirigidas por organismos oficiales o por instituciones benéficas para alimentar a los pocos ancianos que no tienen a nadie que los cuide. En India (20) los ancianos acudían a estas residencias en un momento en que se sentían relativamente bien, a menudo debido a que carecían de familia que los cuidara en el caso de un deterioro de su salud, o debido a que tenían miedo de convertirse en una carga para sus familiares, tenían un apoyo insuficiente por parte de éstos, y, por lo tanto, querían mantener su independencia con respecto a su familia. Este conjunto de datos ha sido obtenido de dos estudios etnográficos preliminares realizados en India (21, 37); el cuadro patológico se ha denominado «ansiedad por dependencia» (37). En Goa, los ancianos que vivían en residencias describieron sus razones para solicitar este tipo de asistencia (20). En algunos pocos casos, las

razones fueron el deterioro crónico de la salud o los episodios agudos de enfermedad. Sin embargo, en muchos casos los ancianos mantenían un buen nivel de salud, y las razones que describieron para explicar su deseo de vivir en una residencia fueron «la cercanía de la vejez» y la preocupación por la pérdida de la capacidad para cuidar de sí mismos en el futuro. Muchos de estos ancianos no tenían a nadie que los cuidara. No obstante, muchos de ellos tenían familias que no querían o no podían cuidarlos. Esta cuestión quedó reflejada en los numerosos residentes que se quejaban de que su familia no los había visitado nunca desde que vivían en la residencia. Estos residentes habían experimentado la sensación de «ser rebotados de una familia a otra»; al menos, en la residencia de ancianos tenían seguridad. Muchos residentes expresaron su desconcierto por el hecho de que sus familias parecían haberlos olvidado desde que llegaron a la residencia. Como norma, en las residencias de ancianos de Goa no se admitían pacientes con discapacidad permanente y se excluían específicamente los que presentaban demencia. Así, no existía una asistencia continuada para los pacientes con demencia ni tampoco para los ancianos que carecían de apoyo familiar o de medios económicos (20). Las propias residencias eran adecuadas en algunos aspectos, pero se expresó la preocupación por el aislamiento de los residentes respecto a sus familias y a su comunidad, y también por la inexistencia de actividades estructuradas. Indudablemente, estas residencias representan una fase de transición: posiblemente pueda constituirse en un futuro una extensa red de instalaciones y servicios, públicos y privados, de la cual las residencias sean sólo un eslabón.

EL CAMINO POR DELANTE

Concienciación

Un requisito importante para mejorar la asistencia de los ancianos es el establecimiento de un clima que fomente dicha mejora. Desde 1984, Alzheimer's Disease International (una organización no gubernamental internacional que apoya en todo el mundo a las personas que sufren demencia y a las que las cuidan) ha creado y reforzado asociaciones de lucha contra la enfermedad de Alzheimer en todo el mundo, cuyo objetivo es atender mejor las necesidades de las personas que sufren demencia y de sus familias. Actualmente, esta organización está constituida por 77 miembros nacionales, lo que representa un incremento del 50 % en menos de un decenio; además, la mayor parte de los nuevos miembros están desarrollando asociaciones en sus propios países. Las asociaciones nacionales crean una estructura para la colaboración activa entre clínicos, investigadores, profesionales sanitarios y pacientes con demencia. Consiguen financiación, difunden la información y actúan como grupos de defensa en relación con los gobiernos, los políticos y los medios de comunicación. El incremento de la concienciación respecto a la enfermedad es un requisito imprescindible para que las personas soliciten ayuda asistencial; la falta de concienciación es un problema de salud pública frente al que son apropiadas las intervenciones de este tipo en la población general.

La función de las investigaciones

A pesar del enorme avance que ha tenido lugar en el conocimiento de diversos aspectos de la salud mental de los ancianos (35), tanto en los países desarrollados como en los que permanecen en vías de desarrollo sigue existiendo la necesidad de sistemas asequibles para la aplicación consecuenta de estos avances a la asistencia clínica. El 10/66 Dementia Research Group es

una red de investigadores de países en vías de desarrollo cuya denominación pretende llamar la atención acerca de la relativa escasez de investigaciones sobre la demencia llevadas a cabo en la población general en los países en vías de desarrollo. Sólo el 10 % de las investigaciones se refiere a estos países en desarrollo, en los que actualmente se considera que residen las dos terceras partes de las personas que sufren demencia. El incremento de los estudios de investigación sobre servicios epidemiológicos y sanitarios de calidad, con una divulgación apropiada de la información obtenida, podría ser útil para incrementar la concienciación, definir las normativas políticas sanitarias y sociales, y fomentar el desarrollo de mejores servicios dirigidos hacia las personas que sufren trastornos mentales y hacia las que las cuidan (38).

Prevención

En las zonas en las que se pueden aplicar medidas de prevención, este abordaje es claramente la mejor opción. Las intervenciones preventivas primarias pueden tener una gran rentabilidad económica, dados los enormes costes que conllevan la asistencia y el tratamiento de los pacientes con demencia. La prevención primaria de la demencia es un área relativamente abandonada. Los datos obtenidos en los países desarrollados indican que los factores de riesgo para la enfermedad vascular, tal como la hipertensión, el consumo de cigarrillos, la diabetes tipo II, la obesidad y la hipercolesterolemia, también lo pueden ser para la enfermedad de Alzheimer (39-43) y para la demencia vascular (44). Por ello, la epidemia de tabaquismo que asola los países en vías de desarrollo, además de la prevalencia elevada y en aumento de esta forma de adicción en los países del sur y el sureste de Asia, constituyen un motivo especial de preocupación. Hasta el momento no se ha determinado si los avances en el control de la hipertensión, la dieta y el ejercicio físico, y –especialmente– la disminución del consumo de tabaco que ha tenido lugar en los países occidentales (factores que se han acompañado de una rápida disminución de la mortalidad por cardiopatía isquémica y por accidente cerebrovascular) podrían dar lugar a una disminución adicional en la incidencia de la demencia y de la enfermedad de Alzheimer en grupos específicos de edad (2). También es probable que muchas de estas medidas preventivas puedan mejorar la salud general de la población (45).

Desarrollo de servicios

Entre los países desarrollados y los que permanecen en vías de desarrollo hay diferencias enormes en cuanto a los recursos. Los nuevos tratamientos medicamentosos son muy caros. Los inhibidores de la colinesterasa, como tratamiento de la enfermedad de Alzheimer, quedan fuera del alcance de todas las familias (excepto de las de mayor poder adquisitivo) en la mayoría de los países en vías de desarrollo. La financiación pública de estos medicamentos en algunos países desarrollados también es limitada debido a que, a pesar de que en ensayos clínicos realizados con control se ha demostrado la eficacia de estos fármacos, todavía existen dudas en cuanto a su rentabilidad económica (46). Se podría decir lo mismo respecto a la mayor parte de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y de los antipsicóticos «atípicos», que en los países occidentales son prioritariamente prescritos en los pacientes de edad avanzada, debido a que ofrecen mayor seguridad y menos efectos adversos. La introducción, para la enfermedad de Alzheimer, de un tratamiento modificador del proceso patológico básico, como opuesto a un tratamiento centrado en los síntomas, podría plantear preocupaciones éticas respecto a la accesibilidad de los medicamentos, similares a las preocupaciones planteadas en relación con el tratamiento de los pacientes

que sufren infección por VIH)/SIDA en los países pobres. La equidad también es una cuestión de gran importancia en los países en vías de desarrollo. A menudo, el acceso a la asistencia depende por completo de los medios de pago. Con independencia de las limitaciones económicas, los recursos sanitarios también se distribuyen desigualmente entre las áreas rurales y las urbanas. La mayor parte de los especialistas, incluyendo la mayoría de los médicos, ejerce en las ciudades. Hay dificultades enormes para la provisión de servicios asistenciales –incluso los de carácter más básico– en las áreas rurales remotas.

El desarrollo futuro de los servicios dirigidos hacia los ancianos se debe diseñar en función de los sistemas sanitarios. En este contexto, el concepto de «sistemas sanitarios» incluye los factores macroeconómicos, las estructuras sociales, los valores y normas culturales, las políticas y los servicios de salud y bienestar social existentes. Los países pobres carecen del capital económico y humano necesario para efectuar la introducción a gran escala de los servicios especializados: servicios de carácter multidisciplinario y comunitario aplicados en consultas de demencia, consultas ambulatorias, asistencia hospitalaria y centros de día. No obstante, ya se están empezando a establecer, como experiencias piloto, algunos servicios que contemplan estos elementos. Estos proyectos están desempeñando una función importante en la concienciación, y a menudo se generan demandas que superan la cobertura que ofrece realmente el servicio propuesto. Con independencia de que los responsables de las políticas públicas los tengan en cuenta, estos proyectos de servicios pueden desempeñar un papel clave brindando formación, concienciación y experiencia a generaciones de médicos y de personal paramédico que trabajan en este campo. Podría objetarse que los nuevos avances se están realizando sobre una situación arraigada de inequidad y que agotan los recursos destinados a la aplicación de iniciativas de salud pública más baratas, cuyos efectos beneficiosos podrían tener una difusión de carácter más general. Algunos de los países con bajos ingresos en los que se han producido avances espectaculares en el desarrollo de servicios sanitarios (p. ej., Cuba) han aplicado el principio de no desarrollar en una zona geográfica o en un sector de la población ningún tipo de servicio que no se pueda aplicar a todas las zonas o sectores. El problema real se plantea cuando este modelo se contempla como el objetivo último del desarrollo del servicio, más que como su comienzo. Los especialistas (neurólogos, psiquiatras, psicólogos) constituyen un recurso demasiado escaso para desempeñar un papel sustancial en la asistencia primaria de las personas que sufren demencia. El objetivo debe estar en la asistencia primaria. En muchos países en vías de desarrollo existen sistemas de asistencia primaria de carácter comunitario atendidos por médicos, profesionales de enfermería y trabajadores de la salud no especializados. Las necesidades son: a) la formación básica respecto al diagnóstico y a las valoraciones en función de las necesidades; b) un cambio de paradigma que vaya más allá de la preocupación actual por las simples intervenciones de carácter curativo, para abordar el apoyo asistencial y los tratamientos a largo plazo de las enfermedades crónicas; c) la asistencia domiciliaria, que efectúe valoración y tratamiento de los pacientes en sus propios hogares, debido a que no es frecuente que las personas que sufren demencia soliciten apoyo asistencial, a pesar de sus importantes necesidades de tipo asistencial y de su incapacidad relativa para cuidar de sí mismas. Se ha publicado un resumen del contenido de este programa educativo multiprofesional (47).

Las implicaciones presupuestarias de la asistencia de las enfermedades crónicas pueden ser enormes; en todos los países desarrollados se ha producido un incremento en el porcentaje del presupuesto sanitario dedicado a este tipo de enfermedades. Todo ello dará lugar a un efecto profundo en países en vías de desarrollo como India y China, debido a que están presentando un incremento sin precedentes en su envejecimiento demográfico. El

Tabla 1. Acciones mínimas necesarias para la asistencia de los pacientes con demencia (según Alzheimer's Disease International)

Diez recomendaciones globales	Escenario A: nivel de recursos bajo	Escenario B: nivel de recursos medio	Escenario C: nivel de recursos alto
1) Provisión de tratamiento en asistencia primaria	Consideración de la asistencia de los pacientes con demencia como un componente de la asistencia primaria Contemplación del diagnóstico y el tratamiento de la demencia en el programa formativo de todo el personal sanitario Ofrecimiento de educación continuada a los médicos de asistencia primaria (al menos una cobertura del 50 % en 5 años)	Desarrollo de materiales formativos localmente adecuados Ofrecimiento de formación continuada a los médicos de asistencia primaria (cobertura del 100 % en 5 años)	Mejora de la efectividad del abordaje terapéutico de la demencia en la asistencia primaria Mejora de los patrones de remisión de los pacientes a los especialistas
2) Disponibilidad de los tratamientos apropiados	Incremento en la disponibilidad de los fármacos esenciales para el tratamiento de la demencia y de los síntomas psicológicos y conductuales asociados Desarrollo y evaluación de intervenciones educativas y formativas básicas dirigidas a los cuidadores	Disponibilidad de los fármacos esenciales en todos los contextos sanitarios Disponibilidad de las intervenciones efectivas realizadas por los cuidadores	Ofrecimiento de un acceso más fluido a los nuevos fármacos (p. ej., inhibidores de la colinesterasa) a través de planes de financiación de medicamentos, públicos o privados
3) Asistencia en la comunidad	Establecimiento del principio de que las personas con demencia son evaluadas y tratadas mejor en sus propios hogares Desarrollo y promoción de pautas de evaluación de necesidades, para su aplicación en los niveles asistenciales primario y secundario Inicio de proyectos piloto para el desarrollo de equipos multidisciplinarios asistenciales comunitarios, centros de día y sistemas de relevo para los cuidadores de salud, a corto plazo Reubicación de las personas con demencia para que puedan abandonar los asilos inadecuados Promoción de campañas públicas contra el estigma y la discriminación	Inicio de proyectos piloto para la integración de la demencia en la asistencia sanitaria general Provisión de centros asistenciales comunitarios (cobertura de al menos el 50 % con equipos multidisciplinarios comunitarios, centros de día, sistemas de relevo, y hospitalización para la valoración y el tratamiento en la fase aguda) Según las necesidades, fomento del desarrollo de residencias y asilos, incluyendo el establecimiento de un marco normativo legal para la formación y acreditación del personal sanitario	Desarrollo de centros residenciales alternativos Provisión de centros asistenciales comunitarios (cobertura del 100 %) Ofrecimiento de asistencia individualizada en la comunidad para las personas con demencia
4) Educación de la sociedad	Apoyo a las organizaciones no gubernamentales que trabajan en la educación de la sociedad	Uso de los medios de comunicación para potenciar la concienciación acerca de la demencia, estimular las actitudes positivas y prevenir las alteraciones cognitivas y la demencia	Propuesta de campañas públicas para que las personas soliciten ayuda asistencial, y para el reconocimiento y el control adecuados de la demencia
5) Implicación de las comunidades, las familias y los individuos	Apoyo para el establecimiento de grupos de autoayuda Sistemas de financiación para las organizaciones no gubernamentales	Representación de las comunidades, las familias y los pacientes en el desarrollo y la implementación de la normativa legal relativa a los servicios asistenciales	Fomento de las iniciativas de defensa de los afectados
6) Establecimiento de políticas y programas nacionales	Revisión de la legislación en función de los conocimientos actuales y de las consideraciones relativas a los derechos humanos Establecimiento de programas e iniciativas legislativas relativos a la asistencia de los pacientes con demencia: - Definición de un marco legal para el apoyo y la protección de las personas con disminución de su capacidad mental - Inclusión de las personas que sufren demencia en los planes de subvención a discapacitados - Inclusión de los cuidadores en los planes de beneficios compensatorios Establecimiento de presupuestos para programas de asistencia sanitaria y social dirigidos hacia los ancianos	Implementación de iniciativas legislativas, nacionales, regionales y locales Establecimiento de presupuestos para programas de asistencia sanitaria y social dirigidos hacia las personas que sufren demencia Incremento de los presupuestos dedicados a la asistencia psiquiátrica	Potenciación de la equidad en el acceso a los servicios asistenciales primarios y secundarios, así como a los programas y subsidios de bienestar social
7) Desarrollo de los recursos humanos	Formación de personal sanitario en asistencia primaria Creación de programas profesionales de formación superior dirigidos a médicos y enfermeros, en relación con la Psiquiatría y la Medicina geriátrica Desarrollo de centros de formación y de recursos	Creación de una red nacional de centros de formación para médicos, psiquiatras, enfermeros, psicólogos y asistentes sociales	Formación de especialistas en tratamiento avanzado
8) Vinculación con otros sectores	Creación de programas de concienciación acerca de la demencia en la comunidad, el sistema escolar y el ámbito laboral. Fomento de las actividades de las organizaciones no gubernamentales	Refuerzo de los programas comunitarios	Desarrollo de los servicios de salud laboral para las personas que sufren demencia en sus fases iniciales Provisión de medios especiales en el ámbito laboral para las personas que cuidan a pacientes con demencia Elaboración de programas de promoción de la salud mental basada en la evidencia, en colaboración con otros sectores
9) Control de la salud en la comunidad	Consideración de la demencia en los sistemas de información sanitaria básicos Evaluación de los grupos de población de alto riesgo	Vigilancia de la demencia temprana en la comunidad	Desarrollo de sistemas de control avanzados Evaluación de la efectividad de los programas de prevención
10) Fomento de las investigaciones	Realización de estudios en el contexto de la asistencia sanitaria primaria acerca de la permanencia, el curso, la evolución y el impacto de la demencia en la comunidad	Realización de estudios sobre la efectividad y la rentabilidad económica del tratamiento de la demencia en el ámbito comunitario	Ampliación de la investigación de las causas de la demencia Realización de estudios de investigación acerca de la provisión de los servicios Investigación de la evidencia acerca de la prevención de la demencia

único interrogante que se plantea es hasta qué punto estos países serán capaces de tomar, de manera anticipada, las medidas necesarias para hacer frente a los cambios.

Para muchos países con bajos recursos, el enfoque de mayor rentabilidad económica para la asistencia de las personas con demencia será el apoyo, la educación y la orientación de los familiares que las cuidan. Este enfoque ya está teniendo lugar en cierta medida en los países desarrollados, en los que –tal como ocurre en el resto del mundo– la mayor parte de la asistencia que reciben los pacientes con demencia es proporcionada por sus familiares. Este tipo de asistencia familiar se puede complementar mediante la participación de cuidadores profesionales que atiendan al paciente en su hogar; sin embargo, hasta el momento, el crecimiento en esta área ha estado relacionado, principalmente, con la participación de cuidadores remunerados que proceden del sector privado y que carecen de una formación específica. En Pekín, las mujeres de cierto nivel educativo procedentes de las áreas rurales acuden a las ciudades para trabajar como cuidadoras de personas de edad avanzada en cuyo hogar residen, enviando a su familia de origen el dinero que perciben por ello. Estas mujeres pueden ser contratadas a través de agencias o de manera directa mediante acuerdos privados. El coste mensual habitual de este tipo de servicio es la décima parte del coste de una plaza en una residencia de ancianos. Los costes directos e indirectos de la asistencia comunitaria recaen sobre la propia familia; por ello, sería deseable y equitativo ofrecer alguna ayuda de carácter estatal, tanto en forma de subsidio o desgravación a las personas que sufren demencia como de ayudas a sus cuidadores. El siguiente aspecto asistencial que se debe priorizar es el del relevo en los cuidados de salud, es decir, la provisión de asistencia breve y temporal de los enfermos, a fin de que los cuidadores puedan descansar, tanto en los centros de día como (durante períodos de tiempo mayores) en las residencias de ancianos. Estos centros podrían actuar también como centros de formación para los cuidadores. El relevo en los cuidados de salud en los centros de día y residencias es más caro que el efectuado en el domicilio de los pacientes; sin embargo, representa una necesidad comunitaria básica, especialmente para los pacientes con las formas más avanzadas de demencia.

Es poco probable que la asistencia de los ancianos en residencias se convierta en una prioridad de la inversión pública, en situaciones en las que las condiciones de la vivienda de la población general son malas. En cualquier caso, incluso en algunos de los países en vías de desarrollo más pobres (p. ej., China e India), el sector privado está abriendo residencias y asilos de ancianos para cubrir la demanda de una clase media de poder adquisitivo cada vez mayor. En la parte occidental de Pekín, aproximadamente el 1 % de los ancianos reside en la actualidad en este tipo de centros. La asistencia prestada en residencias de calidad aceptable y bien reguladas puede desempeñar un papel importante en todos los países, tanto para los pacientes que carecen de apoyo familiar como para los pacientes cuya familia ya ha agotado su capacidad de apoyo (en este caso, las residencias pueden servir para un descanso temporal de la familia o para la provisión de asistencia a largo plazo). La ausencia de normativa legal, de métodos de formación del personal sanitario y de sistemas de control de calidad constituye un problema importante tanto en los países desarrollados como en los que permanecen en vías de desarrollo. Entre las prioridades más importantes, destacan la implantación de un sistema de registro e inspección de las residencias, la formación de los profesionales que trabajan en ellas y la provisión de servicios médicos a los pacientes allí atendidos.

En su xx Conferencia anual realizada en Kyoto, Japón, Alzheimer's Disease International elaboró la Declaración de Kyoto, que define los puntos básicos que se deben tener en cuenta, en relación con diez áreas, utilizando un marco de referencia desa-

rollado por la OMS (tabla 1). Un elemento clave de dicho marco de referencia es el hecho de que identifica tres niveles de logros, para los países cuyos niveles de recursos son bajos, medios y altos, proponiendo así un conjunto pragmático de acciones y objetivos para los sistemas sanitarios de cualquier grado de desarrollo.

World Psychiatry 2007; 5:5-13

Bibliografía

1. Murray CJL, Lopez AD (eds). The global burden of disease. A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge: Harvard School of Public Health, Harvard University Press, 1996.
2. Ferri CP, Prince M, Brayne C et al. Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *Lancet* 2005;366:2112-7.
3. Eisenberg L. Psychiatry and neuroscience at the end of the century. *Curr Opin Psychiatry* 1999;12:629-32.
4. Banerjee S, Shamash K, Macdonald AJD et al. Randomised controlled trial of effect of intervention by psychogeriatric team on depression in frail elderly people at home. *Br Med J* 1996;313:1058-61.
5. Blanchard MR, Waterreus A, Mann AH. The effect of primary care nurse intervention upon older people screened as depressed. *Int J Geriatr Psychiatry* 1995;10:289-98.
6. Unutzer J, Katon W, Callahan CM et al. Collaborative care management of late-life depression in the primary care setting: a randomized controlled trial. *JAMA* 2002;288:2836-45.
7. Hunkeler EM, Katon W, Tang L et al. Long term outcomes from the IMPACT randomised trial for depressed elderly patients in primary care. *Br Med J* 2006;332:259-63.
8. Brodaty H, Green A, Koschera A. Meta-analysis of psychosocial interventions for caregivers of people with dementia. *J Am Geriatr Soc* 2003;51:657-64.
9. Brodaty H, Draper BM, Low LF. Behavioural and psychological symptoms of dementia: a seven-tiered model of service delivery. *Med J Aust* 2003;178:231-4.
10. Livingston G, Johnston K, Katona C et al. Systematic review of psychological approaches to the management of neuropsychiatric symptoms of dementia. *Am J Psychiatry* 2005;162:1996-2021.
11. Callahan CM, Boustani MA, Unverzagt FW et al. Effectiveness of collaborative care for older adults with Alzheimer disease in primary care: a randomized controlled trial. *JAMA* 2006;295:2148-57.
12. Farlow M. A clinical overview of cholinesterase inhibitors in Alzheimer's disease. *Int Psychogeriatr* 2002;14(Suppl. 1):93-126.
13. Layard R. The Depression Report: a new deal for anxiety and depression. London: London School of Economics and Political Science, 2006.
14. Aylward S, Stolee P, Keat N et al. Effectiveness of continuing education in long-term care: a literature review. *Gerontologist* 2003; 43:259-71.
15. World Health Organization. Mental Health Atlas 2005. Geneva: World Health Organization, 2005.
16. Patel V. Health systems research: a pragmatic method of meeting mental health needs in low income countries. In: Andrews G, Henderson S (eds). *Unmet need in psychiatry*. Cambridge: Cambridge University Press, 2003:353-77.
17. Chiu S, Yu S. An excess of culture: the myth of shared care in the Chinese community in Britain. *Ageing and Society* 2001;21:681-99.
18. Apt NA. Coping with old age in a changing Africa. Aldershot: Avebury, 1996.
19. Phillips DR. Ageing in the Asia Pacific region. London: Routledge, 2000.
20. Patel V, Prince M. Ageing and mental health in a developing country: who cares? Qualitative studies from Goa, India. *Psychol Med* 2001;31:29-38.
21. Cohen L. Toward an anthropology of senility: anger, weakness, and Alzheimer's in Banaras, India. *Med Anthropol Q* 1995;9:314-34.
22. Shaji KS, Smitha K, Praveen Lal K et al. Caregivers of patients with Alzheimer's disease: a qualitative study from the Indian 10/66 Dementia Research Network. *Int J Geriatr Psychiatry* 2002;18:1-6.

23. Dandekar K. *The elderly in India*. New Delhi: Sage, 1996.
24. Rao VA. Social psychiatry of old age in India. *Indian J Soc Psychiatry* 1986;2:3-14.
25. Zeng Y, George L. Family dynamics of 63 million (in 1990) to more than 330 million (in 2050) elders in China. Munich: Max-Planck-Gesellschaft, 2000.
26. Tout K. *Ageing in developing countries*. Oxford: Oxford University Press, 1989.
27. Prince M. Care arrangements for people with dementia in developing countries. *Int J Geriatr Psychiatry* 2004;19:170-7.
28. Schneider J, Murray J, Banerjee S et al. EUROCARE: a cross-national study of co-resident spouse carers for people with Alzheimer's disease: I - Factors associated with carer burden. *Int J Geriatr Psychiatry* 1999;14:651-61.
29. Cooper C, Carpenter J, Katona C et al. The AdHOC Study of older adults' adherence to medication in 11 countries. *Am J Geriatr Psychiatry* 2005;13:1067-76.
30. Graham N, Brodaty H. Alzheimer's Disease International. *Int J Geriatr Psychiatry* 1997;12:691-2.
31. The 10/66 Dementia Research Group. Dementia in developing countries. A preliminary consensus statement from the 10/66 Dementia Research Group. *Int J Geriatr Psychiatry* 2000;15:14-20.
32. Ferri CP, Ames D, Prince M. Behavioral and psychological symptoms of dementia in developing countries. *Int Psychogeriatr* 2004;16:441-59.
33. Matthews FE, Denning T. Prevalence of dementia in institutional care. *Lancet* 2002;360:225-6.
34. Schneider J, Mann A, Nettan A. Residential care for elderly people. An exploratory study of quality measurement. *Ment Health Res Rev* 1997;4:12-5.
35. Chiu E, Jeste DV. Efficacy and cost-effectiveness in dementia interventions: the need for an international consensus. *Curr Opin Psychiatry* 2006;19:553-4.
36. Train G, Nurock S, Kitchen G et al. A qualitative study of the views of residents with dementia, their relatives and staff about work practice in long-term care settings. *Int Psychogeriatr* 2005;17:237-51.
37. Vatuk S. "To be a burden on others": dependency anxiety among the elderly in India. In: Lynch OM (ed). *Divine passions: the social construction of emotion in India*. Berkeley: University of California Press, 1990:64-8.
38. Jenkins R. Linking epidemiology and disability measurement with mental health service policy and planning. *Epidemiol Psychiatr Soc* 1998;7:120-6.
39. Andersen K, Launer LJ, Ott A et al. Do nonsteroidal anti-inflammatory drugs decrease the risk for Alzheimer's disease? The Rotterdam Study. *Neurology* 1995;45:1441-5.
40. Ott A, Breteler MM, de Bruyne MC et al. Atrial fibrillation and dementia in a population-based study. The Rotterdam Study. *Stroke* 1997;28:316-21.
41. Ott A, Slioter AJ, Hofman A et al. Smoking and risk of dementia and Alzheimer's disease in a population-based cohort study: the Rotterdam Study. *Lancet* 1998;351:1840-3.
42. Ott A, Stolk RP, van Harskamp F et al. Diabetes mellitus and the risk of dementia: the Rotterdam Study. *Neurology* 1999;53:1937-42.
43. Kalmijn S, Launer LJ, Ott A et al. Dietary fat intake and the risk of incident dementia in the Rotterdam Study. *Ann Neurol* 1997;42:776-82.
44. Regan C, Katona C, Walter Z et al. Relationship of vascular risk to the progression of Alzheimer disease. *Neurology* 2006;67:1357-62.
45. Lautenschlager NT, Almeida OP, Flicker L. Preventing dementia: why we should focus on health promotion now. *Int Psychogeriatr* 2003;15:111-9.
46. National Institute for Clinical Excellence. NICE announces Alzheimer's disease drug appeal outcome and NHS guideline to support patients and carers. Press release, October 11, 2006.
47. Katona C. Psychiatry of the elderly: the WPA/WHO consensus statements. *Int J Geriatr Psychiatry* 2000;15:751-2.

Revisión del trastorno de compras compulsivas

DONALD W. BLACK

Department of Psychiatry, University of Iowa Roy J. and Lucille A. Carver College of Medicine, Iowa City, IA 52242, USA

El trastorno de compras compulsivas (TCC) se caracteriza por un exceso de preocupaciones relacionadas con las compras y por la realización de compras excesivas, acompañados de malestar o dificultades. El TCC se observa en personas de todo el mundo y muestra una prevalencia a lo largo de la vida del 5,8 % en la población general estadounidense. La mayoría de los pacientes estudiados clínicamente son de sexo femenino (aproximadamente, el 80 %), aunque esta diferencia de sexo puede ser resultado de un artefacto. Los pacientes que sufren TCC señalan una preocupación excesiva por la realización de compras, una tensión o ansiedad antes de la compra y una sensación de alivio después de ella. El TCC se asocia a una comorbilidad psiquiátrica significativa, especialmente a trastornos del estado de ánimo y de ansiedad, trastornos relacionados con sustancias, trastornos de la conducta alimentaria y otros trastornos del control de los impulsos. La mayor parte de las personas que sufren TCC parecen cumplir los criterios de un trastorno del Eje II, aunque no se ha definido una personalidad especial «de compra». La compra compulsiva suele afectar a grupos familiares, que también presentan con frecuencia trastornos del estado de ánimo y trastornos relacionados con sustancias. No hay ninguna forma de tratamiento estándar. Se están realizando activamente estudios sobre el tratamiento psicofarmacológico y también se han desarrollado modelos cognitivo-conductuales grupales, que han dado lugar a resultados prometedores. El grupo Deudores Anónimos, los denominados círculos de vida sencilla, la biblioterapia, la orientación económica y la terapia conyugal también pueden desempeñar un papel en el tratamiento del TCC.

Palabras clave: compra compulsiva, trastornos del control de los impulsos

El trastorno de compras compulsivas (TCC) fue descrito inicialmente en la clínica a principios del siglo xx por Bleuler (1) y Kraepelin (2), que recogieron el TCC en sus libros de texto. Bleuler señaló: «Como última categoría, Kraepelin menciona la manía de compra (oniomanía) en la que los pacientes realizan compras compulsivas y contraen deudas sin sentido, con un retraso continuo de los pagos, hasta que se produce una situación catastrófica que permite aclarar la situación un poco; realmente, la situación sólo se aclara un poco, debido a que estos pacientes nunca admiten sus deudas» (1). Bleuler describió el TCC como un ejemplo de «impulso reactivo» o de «locura impulsiva», agrupándolo con la cleptomanía y la piromanía.

El TCC suscitó escaso interés a lo largo del siglo xx, excepto entre los especialistas en comportamiento de los consumidores (3-6) y entre los psicoanalistas (7-9). El interés por este trastorno se reavivó a principios de la década de 1990, tras la publicación de series de casos clínicos por parte de tres grupos de investigación independientes (10-12). Este trastorno ha sido descrito en todo el mundo, y existen informes publicados en Estados Unidos (10-12), Canadá (5), Inglaterra (4), Alemania (6), Francia (13) y Brasil (14).

Se sigue debatiendo acerca de la clasificación apropiada del TCC. Algunos investigadores han relacionado el TCC con los trastornos de adicción (15), mientras que otros lo han relacionado con el trastorno obsesivo-compulsivo (16), y todavía otros lo han vinculado con los trastornos del estado de ánimo (17). A pesar de que no fue incluido en el DSM-IV (18), había sido considerado en el DSM-III-R (19) como un ejemplo de «trastorno del control de los impulsos no especificado». Se han desarrollado criterios de investigación que subrayan los componentes cognitivos y conductuales del TCC (10). Algunos autores han criticado el intento de considerar el TCC como una enfermedad, señalando que dicho intento puede formar parte de la tendencia a «medicalizar» los problemas de comportamiento (20). No obstante, este enfoque ignora la realidad del TCC, trivializando y estigmatizando los intentos de comprenderlo o tratarlo.

EPIDEMIOLOGÍA

Recientemente, Koran y cols. (21), a través de una encuesta telefónica aleatoria realizada en Estados Unidos a 2.513 adultos, estimaron que la prevalencia puntual del TCC entre los respondedores era del 5,8 %. Anteriormente, Faber y O'Guinn (22) habían estimado que la prevalencia del TCC se situaba entre el 2 % y el

8 % de la población general de Illinois. Ambos grupos de investigación utilizaron la Compulsive Buying Scale (CBS) (23) para identificar a las personas que realizan compras de manera compulsiva. En otros estudios se han obtenido cifras que oscilan entre el 12 y el 16 % (24, 25). No hay pruebas de que el TCC haya presentado un aumento de su prevalencia a lo largo de los últimos decenios.

En estudios clínicos y comunitarios se ha señalado que el 80-95 % de las personas que sufren TCC son mujeres (10-12, 23). Sin embargo, esta supuesta diferencia sexual podría ser consecuencia de un artefacto: las mujeres reconocen con facilidad que disfrutaban comprando, mientras que los varones suelen señalar que «coleccionan». En el estudio de Koran y cols. (21) se sugiere que realmente éste parece ser el caso: en su estudio el porcentaje de varones y mujeres que cumplían los criterios del TCC fue casi el mismo (5,5 % y 6,0 %, respectivamente). No obstante, la conclusión de Dittmar (26) en un estudio realizado sobre la población general en el Reino Unido (en el que el 92 % de los encuestados considerados compradores compulsivos eran mujeres) fue que la diferencia entre ambos sexos es real y no un artefacto debido a que los hombres aparecen representados de manera insuficiente en las muestras evaluadas.

La edad de inicio del TCC parece estar entre los últimos años de la adolescencia y los primeros años del tercer decenio de la vida (11, 12, 27), aunque McElroy y cols. (10) señalaron que la edad media de inicio era de 30 años. Es posible que la edad de comienzo se corresponda con la época de la emancipación respecto al hogar y con la edad a la que las personas abren sus primeras cuentas corrientes.

No se han efectuado estudios detallados con diseño longitudinal acerca del TCC, pero la mayoría de los pacientes estudiados por Schlosser y cols. (12) y por McElroy y cols. (10) describe su curso como un proceso continuo. Aboujaoude y cols. (28) señalaron que los pacientes con TCC que respondieron al tratamiento con citalopram se mantenían generalmente en remisión durante un seguimiento de un año, un resultado que sugiere que el tratamiento podría modificar la evolución de este trastorno. Según la experiencia personal de los autores de ese estudio, muchos pacientes con TCC señalan en su primera visita al psiquiatra el padecimiento de un comportamiento compulsivo de compra a lo largo de decenios, aunque también se podría argumentar que los casos clínicos están sesgados en favor de la gravedad del cuadro.

Hay algunos datos que indican que el TCC es un trastorno de carácter familiar, de modo que las familias afectadas muestran un incremento en la incidencia de trastornos del estado de ánimo, de

ansiedad y relacionados con sustancias. McElroy y cols. (8) señalaron que en un grupo de 18 pacientes con TCC, 17 tenían uno o más familiares en primer grado con depresión mayor; 11, un familiar en primer grado con trastorno de abuso de alcohol u otras sustancias, y 3, un familiar en primer grado con trastorno de ansiedad. Finalmente, otros tres pacientes tenían un familiar en primer grado que también sufría TCC. Black y cols. (29) utilizaron el método de la historia familiar para evaluar a 137 familiares en primer grado de 33 pacientes con TCC. Dichos familiares presentaron una probabilidad significativamente mayor que los familiares de los participantes del grupo de comparación de padecer depresión, alcoholismo, trastornos relacionados con sustancias, «cualquier trastorno psiquiátrico» y «más de un trastorno psiquiátrico». Se identificó el TCC en el 9,5 % de los familiares en primer grado de los probandos con TCC (el TCC no fue evaluado en el grupo de comparación). En estudios de genética molecular, Devor y cols. (30) no pudieron detectar una asociación entre dos polimorfismos del gen del transportador de la serotonina y el TCC, mientras que Comings (31) sí observó una asociación entre el TCC y el gen del receptor DRD1.

SÍNTOMAS CLÍNICOS

Los pacientes con TCC muestran una preocupación por las compras y los gastos, y dedican una cantidad de tiempo significativa a estos comportamientos. A pesar de que se podría argumentar que una persona podría ser un comprador compulsivo y, sin embargo, no gastar dinero en compras y limitar su actividad a la contemplación de los escaparates, este patrón es infrecuente. La observación personal del autor de este artículo es que ambos aspectos, las compras y los gastos, están entrelazados. Los pacientes que sufren TCC describen a menudo un grado cada vez mayor de ansia de compra y ansiedad, que sólo evolucionan hacia una sensación de culminación cuando se realiza una compra.

El autor de este artículo ha podido identificar cuatro fases bien definidas del TCC: 1) anticipación, 2) preparación, 3) compra, y 4) gasto por la compra. En la primera fase, la persona que sufre TCC desarrolla pensamientos, ansias o preocupaciones por la posesión de un objeto o elemento específico, o por el acto de su compra. En la segunda fase, el paciente se prepara para comprar y pagar, y puede tomar decisiones sobre el momento y el lugar de la compra, la forma de vestirse para ir a comprar o las tarjetas de crédito que utilizará; además, el paciente puede haber realizado una investigación exhaustiva de los objetos que están a la venta, de las nuevas modas y de las nuevas tiendas. La tercera fase es la experiencia real de la compra, que muchos pacientes con TCC describen como intensamente excitante, incluso con una excitación de carácter sexual (12). Finalmente, el acto se completa con la adquisición del artículo, lo que a menudo da lugar a una sensación de decepción o de frustración del paciente consigo mismo (21). En un estudio sobre los antecedentes y las consecuencias del TCC, Miltenberger y cols. (32) señalaron que los antecedentes citados con mayor frecuencia por los pacientes con TCC eran las emociones negativas (p. ej., depresión, ansiedad, aburrimiento, pensamientos autoacusatorios, rabia), mientras que las consecuencias más habituales eran la euforia o el alivio de las emociones negativas.

Los individuos con TCC tienden a comprar por sí mismos, aunque algunos de ellos prefieren ir de compras con algún amigo con el que pueden compartir su interés por la adquisición de cosas (11, 12). En general, el TCC es un placer privado, que puede dar lugar a la aparición de sentimientos embarazosos si al paciente lo acompaña una persona que no muestra un interés similar por las compras. La compra se puede realizar en cualquier lugar, desde los negocios y boutiques más sofisticados de última moda hasta las tiendas más pequeñas o las tiendas de las gasolineras. Los in-

gresos económicos del paciente tienen poca relación con la existencia del TCC; las personas con un bajo nivel de ingresos pueden mostrar una gran preocupación por las compras y los gastos, aunque su poder adquisitivo las obliga a comprar en las tiendas baratas más que en las caras.

Entre los elementos adquiridos característicamente por los pacientes que sufren TCC están (en orden descendente de frecuencia): ropa, zapatos, discos compactos, joyas, cosméticos y artículos para el hogar (11, 12, 32). Individualmente, los artículos adquiridos por los compradores compulsivos no suelen ser especialmente caros, pero el autor de este artículo ha observado que muchos compradores compulsivos adquieren grandes cantidades de artículos, lo que hace que pierdan el control de sus gastos. De manera anecdótica, los pacientes indican con frecuencia que compran un producto en función de su atractivo o debido a que es una ganga. En el estudio realizado por Christenson y cols. (11), los compradores compulsivos señalaron gastar un promedio de 110 dólares durante un episodio típico de compra, en comparación con la cantidad de 92 dólares detectada en el estudio de Schlosser y cols. (12).

A pesar de que las investigaciones no han permitido identificar patrones de compra compulsiva específicos del sexo, en la experiencia del autor de este artículo los varones suelen presentar un interés mayor que las mujeres por la adquisición de dispositivos electrónicos, elementos para el automóvil o herramientas. Al igual que las mujeres, los varones también están interesados por la ropa, los zapatos y los discos compactos.

Los pacientes suelen reconocer que el TCC es problemático. Schlosser y cols. (10) señalaron que el 85 % de los pacientes evaluados por ellos expresó su preocupación por las deudas asociadas a su problema de TCC, y que el 74 % se sentía fuera de control cuando compraba. En el estudio de Miltenberger y cols. (32), el 68 % de los pacientes con TCC dijo que este problema había influido negativamente en sus relaciones personales. Christenson y cols. (11) señalaron que casi la totalidad de los pacientes que evaluaron (92 %) había intentado resistirse a sus ansias de comprar, pero que, por lo general, no habían tenido éxito. Estos participantes señalaron que se producía una compra real en el 74 % de las ocasiones que experimentaban ansia de compra.

El TCC aparece a lo largo de todo el año, aunque es más problemático durante las Navidades y otras fiestas importantes, así como en los cumpleaños de los familiares y amigos (12). Schlosser y cols. (12) señalaron que los pacientes presentaban una gama de comportamientos en relación con la realización de una compra, como la devolución del artículo comprado, la negativa a sacar el artículo de su envoltorio, la venta del artículo o incluso su regalo.

En un estudio realizado sobre 24 pacientes con TCC, Black y cols. (33) observaron que la mayor gravedad del TCC se asociaba a: ingresos económicos bajos, probabilidad menor de que los ingresos fueran superiores a la media y gasto de un porcentaje menor de sus ingresos en la compra de artículos en liquidación. Los pacientes con TCC grave también presentaron una probabilidad mayor de sufrir trastornos comórbidos de los Ejes I y II. Estos datos indican que las formas más graves del TCC se observan en personas con niveles bajos de ingresos económicos y cuya capacidad para controlar o retrasar su ansia de compra impulsiva es escasa.

COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA

Los pacientes que sufren TCC cumplen a menudo criterios de diversos trastornos del Eje I, especialmente de los trastornos del estado de ánimo (21-100 %) (27, 34), trastornos de ansiedad (41-80 %) (10, 12), trastornos relacionados con sustancias (21-46 %) (11, 29) y trastornos de la conducta alimentaria (8-35 %) (10, 27).

Los trastornos del control de los impulsos también son relativamente frecuentes en estos pacientes (21-40 %) (10, 11).

Schlosser y cols. (12) observaron que casi el 60 % de los pacientes con TCC cumplía criterios de al menos un trastorno del Eje II. A pesar de que no se ha definido una personalidad especial «de compra», los trastornos de la personalidad identificados con mayor frecuencia fueron los tipos obsesivo-compulsivo (22 %), de evitación (15 %) y límite (15 %). Krueger (7), un psicoanalista, describió cuatro pacientes evaluados por él mismo que presentaban características correspondientes a una personalidad de tipo narcisista.

ETIOLOGÍA

La etiología del TCC es desconocida, aunque se han propuesto influencias del desarrollo, neurobiológicas y culturales. Los psicoanalistas (7-9) han sugerido que los acontecimientos vitales tempranos, como el abuso sexual, pueden ser factores causales. Sin embargo, hasta el momento no se ha identificado ningún patrón familiar de acontecimientos vitales tempranos en las personas con TCC.

Las teorías neurobiológicas se han centrado en las alteraciones de la neurotransmisión relacionadas específicamente con los sistemas serotoninérgico, dopaminérgico y opioide. Para el tratamiento del TCC se han utilizado inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) (27, 34-38), debido en parte a que los investigadores han observado similitudes entre el TCC y el trastorno obsesivo-compulsivo, un cuadro que responde a los ISRS. También se ha propuesto que la dopamina desempeña una función en la «dependencia de la recompensa», la que, según se ha señalado, fomenta las «adicciones conductuales» (p. ej., el TCC, la ludopatía) (39). Se han publicado casos aislados en los que se han obtenido buenos resultados terapéuticos con el antagonista opioide naltrexona, lo que ha llevado a proponer el papel desempeñado por los receptores de los opioides (40, 41). En la actualidad no hay pruebas directas que respalden el papel de estos sistemas neurotransmisores en la etiología del TCC.

Los mecanismos culturales propuestos están fundamentados en el hecho de que el TCC se observa con mayor frecuencia en los países desarrollados (42). Los elementos que parecen necesarios para el desarrollo del TCC son: existencia de una economía de mercado, disponibilidad de una amplia gama de artículos de compra, ingresos económicos disponibles y tiempo de ocio significativo. Por estas razones, es poco probable que el TCC aparezca en los países en vías de desarrollo, excepto entre las élites con ingresos económicos muy elevados (puede recordarse el caso de Imelda Marcos y su inmensa colección de zapatos).

VALORACIÓN

El objetivo de la valoración es la identificación del TCC a través de una serie de preguntas relativas a las actitudes y los comportamientos de la persona hacia las compras y los gastos efectuados en ellas (43). Algunas de las posibles preguntas son: «¿Se siente excesivamente preocupado por las compras y los gastos derivados de ellas?»; «¿Ha considerado alguna vez que su comportamiento respecto a las compras es excesivo, inapropiado o incontrolado?»; «¿Ha ocurrido en alguna ocasión que sus deseos, ansias, fantasías o comportamientos relativos a las compras le hayan consumido una cantidad excesiva de tiempo, le hayan despertado sentimientos de malestar o de culpa, o le hayan causado problemas graves en su vida, tales como problemas económicos o legales, o el deterioro de una relación personal?».

Los clínicos deben tener en cuenta posibles antecedentes de tratamiento psiquiátrico del paciente, como medicamentos pres-

critos, hospitalizaciones y terapias. También son importantes los antecedentes de enfermedades físicas, procedimientos quirúrgicos, alergias medicamentosas o tratamientos médicos, debido a que pueden descartar los problemas de tipo médico como causa del TCC (p. ej., trastornos neurológicos, tumores cerebrales). Es necesario excluir un trastorno bipolar como causa de los comportamientos de compras y gastos excesivos. Característicamente, los gastos excesivos del paciente maniaco se corresponden a los episodios de manía y se acompañan de un estado de ánimo eufórico, grandiosidad, planes irreales y, a menudo, una actitud afectiva abrumadora y expansiva. El patrón de compras y gastos del paciente con TCC carece de la periodicidad que se observa en los pacientes con trastorno bipolar, y constituye generalmente una preocupación continuada.

También hay que descartar un comportamiento normal de compras. En Estados Unidos y en otros países desarrollados las compras constituyen un pasatiempo importante, especialmente para las mujeres, y el hecho de comprar con frecuencia no constituye necesariamente una evidencia en apoyo del diagnóstico de TCC. El patrón de compras normal puede adoptar en ocasiones características de tipo compulsivo, especialmente en las épocas de vacaciones o en los cumpleaños. Las personas que reciben una herencia o consiguen un premio de lotería pueden experimentar también episodios compulsivos de compras.

Se han desarrollado varios instrumentos para identificar el TCC y para valorar su gravedad. La CBS (23), ya mencionada, está constituida por siete ítems relativos a comportamientos, motivaciones y sentimientos específicos asociados a las compras compulsivas, y permite diferenciar fiablemente el patrón de compras normal del patrón de compras asociado al TCC. Edwards (44) ha desarrollado una escala útil de 13 ítems que permite valorar las experiencias y los sentimientos más importantes relativos a las compras y a los gastos. Monahan y cols. (45) modificó la Yale Brown Obsessive-Compulsive Scale (YBOCS) para elaborar la versión de compras de dicho instrumento, YBOCS-Shopping Version (YBOCS-SV) con el objeto de estudiar las características cognitivas y los comportamientos asociados al TCC. En esta escala de 10 ítems se contemplan el tiempo dedicado por el paciente a las compras, las interferencias, las dificultades, las resistencias, y el grado de control de los pensamientos y comportamientos. Además, esta escala permite valorar la gravedad del TCC y las modificaciones producidas durante los ensayos clínicos.

TRATAMIENTO

No existe ningún tratamiento basado en la evidencia para el TCC. En los últimos años, los estudios relativos al tratamiento del TCC se han centrado en el uso de medicamentos psicotrópicos (principalmente, antidepresivos) y en la aplicación de la terapia cognitivo-conductual (TCC).

El interés por la TCC ha sustituido en gran medida al interés que suscitaban previamente las terapias psicodinámicas. Se han desarrollado varios modelos alternativos de TCC, y el de más utilidad ha sido el de la terapia de grupo (46-49). La terapia de grupo fue descrita inicialmente por Damon (46). Más tarde, Burgard y Mitchell (47), Villarino y cols. (48) y, más recientemente, Benson y Gengler (49) desarrollaron otros modelos de terapia de grupo. En un estudio de carácter preliminar realizado a lo largo de 12 semanas, Mitchell y cols. (50) señalaron que su modelo de terapia de grupo en la TCC daba lugar a una mejoría significativa, en comparación con la mejoría observada en pacientes que permanecían en lista de espera; la mejoría se mantuvo durante los 6 meses del seguimiento. Benson (51) ha desarrollado recientemente un programa global de autoayuda en el que se combinan estrategias cognitivo-conductuales y estrategias de autocontrol. En el material que acompaña a la terapia se inclu-

yen un detallado cuaderno de ejercicios, un diario de compras y un CD-ROM.

Se han publicado diversos libros de autoayuda (biblioterapia) que pueden ser útiles para algunos pacientes con TCC. Deudores Anónimos, una organización que sigue el modelo de Alcohólicos Anónimos, es un grupo voluntario y dirigido por ex pacientes que ofrece un clima de apoyo mutuo y de orientación a cualquier persona con deudas importantes. En algunas ciudades estadounidenses hay círculos de vida sencilla, que son grupos de voluntarios que animan a las personas a adoptar un estilo de vida sencillo y a abandonar los comportamientos característicos del TCC (55). Muchos pacientes con TCC tienen problemas económicos importantes y pueden recibir ayuda a través de la orientación financiera. El autor de este artículo ha atendido pacientes que finalmente decidieron el nombramiento de un tutor económico para controlar su economía, una medida que puede ser de ayuda. Sin embargo, a pesar de que el tutor económico puede controlar los gastos de la persona, su participación no elimina la preocupación que siente el paciente por las compras y los gastos. También puede ser útil la orientación conyugal (o a parejas), especialmente cuando el TCC en un miembro de la diada ha dado lugar a la ruptura de la relación (57).

En los estudios realizados con psicofármacos se han obtenido resultados de todo tipo. En una primera serie de casos se señaló que los antidepressivos podían controlar el TCC (68), y en un ensayo clínico –también inicial– realizado con diseño abierto, en el que se administró fluvoxamina, se demostraron resultados positivos (34). Sin embargo, en dos ensayos clínicos efectuados posteriormente con asignación aleatoria y control se observó que la fluvoxamina no daba lugar a resultados mejores que los obtenidos con el placebo (35, 36). En otro ensayo clínico efectuado con diseño abierto (28), el citalopram dio lugar a resultados positivos sustanciales. En este estudio, los pacientes que presentaron respuesta a la administración de citalopram en un ensayo abierto (sin enmascaramiento) iniciaron una fase de 9 semanas de duración en cuyo diseño se utilizaron la asignación aleatoria y el control con placebo (38). Los síntomas de compras compulsivas reaparecieron en cinco de los ocho pacientes asignados al grupo con placebo, mientras que no reaparecieron en ninguno de los siete pacientes que siguieron tomando citalopram. En comparación, el escitalopram ha dado lugar a un efecto muy escaso frente al TCC en un ensayo clínico realizado por los mismos investigadores con idéntico diseño (39). Grant (40) y Kim (41) han descrito casos de pacientes con TCC que mejoraron con naltrexona, lo que sugiere que los antagonistas opioides pueden desempeñar una función en el tratamiento del TCC. Es difícil interpretar los resultados obtenidos en los estudios de investigación acerca del tratamiento, a consecuencia de la elevada tasa de respuesta al placebo asociada al TCC (alrededor del 64 %) (35).

El autor de este artículo ha propuesto una serie de recomendaciones (59). En primer lugar, los ensayos clínicos sobre el tratamiento farmacológico son de poca ayuda, y se debe informar a los pacientes que su tratamiento no se puede basar únicamente en la medicación. Además, los pacientes tienen que: *a)* admitir que sufren un TCC; *b)* deshacerse de las tarjetas de crédito y de los talonarios de cheques, debido a que son instrumentos de acceso fácil a fondos financieros, que potencian el trastorno; *c)* comprar siempre junto a un amigo o un familiar, debido a que la presencia de una persona sin TCC es útil para reducir la tendencia a los gastos excesivos, y *d)* encontrar otras formas de pasar el tiempo libre, distintas de la realización de compras.

World Psychiatry 2007; 5:14-18

Bibliografía

1. Bleuler E. Textbook of psychiatry. New York: Macmillan, 1930.
2. Kraepelin E. Psychiatrie, 8th ed. Leipzig: Barth, 1915.

3. O'Guinn TC, Faber RJ. Compulsive buying: a phenomenological exploration. *J Consumer Res* 1989;16:147-57.
4. Elliott R. Addictive consumption: function and fragmentation in post-modernity. *J Consumer Policy* 1994;17:159-79.
5. Valence G, D'Astous A, Fortier L. Compulsive buying: concept and measurement. *J Consum Policy* 1988;11:419-33.
6. Scherhorn G, Reisch LA, Raab G. Addictive buying in West Germany: an empirical study. *J Consum Policy* 1990;13:355-87.
7. Krueger DW. On compulsive shopping and spending: a psychodynamic inquiry. *Am J Psychother* 1988;42:574-84.
8. Lawrence L. The psychodynamics of the compulsive female shopper. *Am J Psychoanal* 1990;50:67-70.
9. Winestine MC. Compulsive shopping as a derivative of childhood seduction. *Psychoanal Q* 1985;54:70-2.
10. McElroy S, Keck PE Jr, Pope HG Jr et al. Compulsive buying: a report of 20 cases. *J Clin Psychiatry* 1994;55:242-8.
11. Christenson GA, Faber JR, de Zwann M. Compulsive buying: descriptive characteristics and psychiatric comorbidity. *J Clin Psychiatry* 1994;55:5-11.
12. Schlosser S, Black DW, Repertinger S et al. Compulsive buying: demography, phenomenology, and comorbidity in 46 subjects. *Gen Hosp Psychiatry* 1994;16:205-12.
13. Lejoyeux M, Tassain V, Solomon J et al. Study of compulsive buying in depressed patients. *J Clin Psychiatry* 1997; 58:169-73.
14. Bernik MA, Akerman D, Amaral JAMS et al. Cue exposure in compulsive buying. *J Clin Psychiatry* 1996;57:90.
15. Krych R. Abnormal consumer behavior: a model of addictive behaviors. *Adv Consum Res* 1989;16:745-8.
16. Hollander E (ed). Obsessive-compulsive related disorders. Washington: American Psychiatric Press, 1993.
17. Lejoyeux M, Andes J, Tassian V et al. Phenomenology and psychopathology of uncontrolled buying. *Am J Psychiatry* 1996; 152:1524-9.
18. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 3rd ed, revised. Washington: American Psychiatric Press, 1987.
19. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed, text revision. Washington: American Psychiatric Publishing, 2004.
20. Lee S, Mysyk A. The medicalization of compulsive buying. *Soc Sci Med* 2004;58:1709-18.
21. Koran LM, Faber RJ, Aboujaoude E et al. Estimated prevalence of compulsive buying in the United States. *Am J Psychiatry* 2006;163: 1806-12.
22. Faber RJ, O'Guinn TC. Classifying compulsive consumers: advances in the development of a diagnostic tool. *Adv Consum Res* 1989;16:147-57.
23. Faber RJ, O'Guinn TC. A clinical screener for compulsive buying. *J Consumer Res* 1992;19:459-69.
24. Magee A. Compulsive buying tendency as a predictor of attitudes and perceptions. *Adv Consum Res* 1994;21:590-4.
25. Hassay DN, Smith CL. Compulsive buying: an examination of consumption motive. *Psychol Marketing* 1996;13:741-52.
26. Dittmar H. Understanding and diagnosing compulsive buying. In: Coombs R (ed). Addictive disorders: a practical handbook. New York: Wiley, 2004:411-50.
27. Koran LM, Bullock KD, Hartston HJ et al. Citalopram treatment of compulsive shopping: an open-label study. *J Clin Psychiatry* 2002;63:704-8.
28. Aboujaoude E, Gamel N, Koran LM. A 1-year naturalistic following of patients with compulsive shopping disorder. *J Clin Psychiatry* 2003;64:946-50.
29. Black DW, Repertinger S, Gaffney GR et al. Family history and psychiatric comorbidity in persons with compulsive buying: preliminary findings. *Am J Psychiatry* 1998;155:960-3.
30. Devor EJ, Magee HJ, Dill-Devor RM et al. Serotonin transporter gene (5-HTT) polymorphisms and compulsive buying. *Am J Med Genet* 1999;88:123-5.
31. Comings DE. The molecular genetics of pathological gambling. *CNS Spectrums* 1998;6:20-37.
32. Miltenberger RG, Redlin J, Crosby R et al. Direct and retrospective assessment of factors contributing to compulsive buying. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2003;34:1-9.

33. Black DW, Monahan P, Schlosser S et al. Compulsive buying severity: an analysis of compulsive buying scale results in 44 subjects. *J Nerv Ment Dis* 2001;189:123-7.
34. Black DW, Monahan P, Gabel J. Fluvoxamine in the treatment of compulsive buying. *J Clin Psychiatry* 1997;58:159-63.
35. Black DW, Gabel J, Hansen J et al. A double-blind comparison of fluvoxamine versus placebo in the treatment of compulsive buying disorder. *Ann Clin Psychiatry* 2000;12:205-11.
36. Ninan PT, McElroy SL, Kane CP et al. Placebo-controlled study of fluvoxamine in the treatment of patients with compulsive buying. *J Clin Psychopharmacol* 2000;20:362-6.
37. Koran LM, Chuang HW, Bullock KD et al. Citalopram for compulsive shopping disorder: an open-label study followed by a double-blind discontinuation. *J Clin Psychiatry* 2003;64:793-8.
38. Koran LM. Escitalopram treatment evaluated in patients with compulsive shopping disorder. *Primary Psychiatry* 2005;12:13.
39. Holden C. Behavioral addictions; do they exist? *Science* 2001;294:980-2.
40. Grant JE. Three cases of compulsive buying treated with naltrexone. *Int J Psychiatry Clin Pract* 2003;7:223-5.
41. Kim SW. Opioid antagonists in the treatment of impulse-control disorders. *J Clin Psychiatry* 1998;59:159-64.
42. Black DW. Compulsive buying disorder: definition, assessment, epi-demiology and clinical management. *CNS Drugs* 2001;15:17-27.
43. Black DW. Assessment of compulsive buying. In: Benson A (ed). *I shop, therefore I am – compulsive buying and the search for self*. New York: Aronson, 2000:191-216.
44. Edwards EA. Development of a new scale to measure compulsive buying behavior. *Fin Counsel Plan* 1993;4:67-84.
45. Monahan P, Black DW, Gabel J. Reliability and validity of a scale to measure change in persons with compulsive buying. *Psychiatry Res* 1995;64:59-67.
46. Damon JE. *Shopaholics: serious help for addicted spenders*. Los Angeles: Price Stein Sloan, 1988.
47. Burgard M, Mitchell JE. Group cognitive-behavioral therapy for buying disorders. In: Benson A (ed). *I shop, therefore I am – compulsive buying and the search for self*. New York: Aronson, 2000:367-97.
48. Villarino R, Otero-Lopez JL, Casto R. Adición a la compra: análisis, evaluación y tratamiento. Madrid: Ediciones Pirámide, 2001.
49. Benson A, Gengler M. Treating compulsive buying. In: Coombs R (ed). *Addictive disorders: a practical handbook*. New York: Wiley, 2004:451-91.
50. Mitchell JE, Burgard M, Faber R et al. Cognitive behavioral therapy for compulsive buying disorder. *Behav Res Ther* 2006;44:1859-65.
51. Benson A. *Stopping overshopping – A comprehensive program to help eliminate overshopping*. New York: April Benson, 2006; www.stoppingovershopping.com.
52. Arensen G. *Born to spend: how to overcome compulsive spending*. Blue Ridge Summit: Tab Books, 1991.
53. Catalano EM, Sonenberg N. *Consuming passions – help for compulsive shoppers*. Oakland: New Harbinger Publications, 1993.
54. Wesson C. *Women who shop too much: overcoming the urge to splurge*. New York: St. Martin's Press, 1991.
55. Andrews C. Simplicity circles and the compulsive shopper. In: Benson A (ed). *I shop, therefore I am – compulsive buying and the search for self*. New York: Aronson, 2000:484-96.
56. McCall K. Financial recovery counseling. In: Benson A (ed). *I shop, therefore I am – compulsive buying and the search for self*. New York: Aronson, 2000:457-83.
57. Mellan O. Overcoming overspending in couples. In: Benson A (ed). *I shop, therefore I am – compulsive buying and the search for self*. New York: Aronson, 2000:341-66.
58. McElroy S, Satlin A, Pope HG Jr et al. Treatment of compulsive shopping with antidepressants: a report of three cases. *Ann Clin Psychiatry* 1991;3:199-204.
59. Kuzma J, Black DW. Compulsive shopping – when spending begins to consume the consumer. *Current Psychiatry* 2006;7:27-40.

Conflictos de intereses económicos en Psiquiatría

GIOVANNI A. FAVA

Department of Psychology, University of Bologna, viale Berti Pichat 5, 40127 Bologna, Italia; Department of Psychiatry, State University of New York at Buffalo, 462 Grider Street, Buffalo, NY 14215, USA

El problema de los conflictos de intereses ha llevado a la Medicina clínica a una crisis de credibilidad sin precedentes. La situación de la Psiquiatría no parece ser diferente de la existente en otras áreas de la Medicina. Los problemas debidos al incremento de los vínculos económicos entre la industria farmacéutica y los investigadores y clínicos sólo se pueden abordar a través de una iniciativa compleja que contemple el establecimiento de líneas de apoyo a los investigadores independientes que se mantienen libres de conflictos de intereses sustanciales, por un lado, y la aplicación de normas que establezcan la obligatoriedad de revelar los vínculos económicos existentes y de normas que regulen el establecimiento de este tipo de vínculos, por otro. La iniciativa propuesta requiere un cambio audaz respecto a las estrategias actuales, que han demostrado ser claramente insuficientes. Sin embargo, a largo plazo esta iniciativa podría conllevar ventajas sustanciales para los pacientes, los clínicos, los investigadores, la industria sanitaria y la sociedad en general. Dadas sus raíces humanistas y sociales, la Psiquiatría podría liderar este cambio.

Palabras clave: conflictos de intereses, revelación, fármacos psicotrópicos, directrices de práctica, Psiquiatría

La proliferación de los vínculos entre los médicos y la industria farmacéutica ha dado lugar a una crisis sin precedentes en la credibilidad de la Medicina clínica (1). La sociedad parece estar mostrando un escepticismo cada vez mayor hacia la Medicina clínica desde que están empezando a aparecer de manera regular en los medios de comunicación noticias acerca de los movimientos de las grandes compañías, que obtienen beneficios a través de la salud pública (2). Las revistas de Medicina han sido definidas por un antiguo editor como «una ampliación del departamento de comercialización de las compañías farmacéuticas» (3). Los peligros implicados en la complicidad de la Medicina clínica con la gran industria farmacéutica han sido divulgados en varios libros dirigidos al hombre común (4-7). En uno de estos libros, John Abramson desvela de manera admirable la forma en la que la propaganda ha sustituido a los resultados obtenidos en los estudios de investigación en el campo de la Medicina (7).

Son cada vez más las voces procedentes de la Medicina universitaria que cuestionan la relación entre la industria farmacéutica y los médicos (8). Así, los conflictos de intereses se han convertido en un tema muy preocupante en la Medicina, incluyendo la Psiquiatría, y este tema está adquiriendo especial importancia en el caso de las revistas médicas (9). Los conflictos de intereses socavan la credibilidad de los artículos remitidos a las revistas de Medicina, de los procesos de revisión de éstos e, incluso, de las decisiones sobre su aceptación o rechazo, tomadas por los comités editoriales.

El concepto de conflicto de intereses es ampliamente utilizado, aunque en muchos casos con significaciones distintas. Margolis (10) diferencia entre los intereses encontrados y los conflictos de intereses. Los intereses encontrados aparecen en cualquier situación en la que se presupone que la competitividad es legítima. Por otra parte, los conflictos de intereses se carac-

terizan por el hecho de que un mismo individuo lleva a cabo dos funciones que no debería realizar simultáneamente. Dadas las posibilidades de situaciones de abuso, se considera inapropiada la realización de esas dos funciones al mismo tiempo. ¿Qué funciones son éstas? Por ejemplo, investigar y mantener intereses económicos en áreas relacionadas con la investigación llevada a cabo. La tabla 1 recoge las fuentes principales de los conflictos de intereses.

En este artículo se describirán algunos de los resultados obtenidos por las investigaciones respecto a los conflictos de intereses en Medicina y Psiquiatría, así como algunas de las estrategias que pueden contrarrestar este fenómeno.

CONFLICTOS DE INTERESES EN MEDICINA

Durante el decenio anterior se ha efectuado un número considerable de estudios de investigación, fundamentalmente en Estados Unidos, acerca del problema de los conflictos de intereses en Medicina. Estas

Tabla 1. Fuentes principales de conflictos de intereses en Medicina

Ser al mismo tiempo clínico/investigador y:
- empleado de una compañía privada
- accionista de una compañía
- miembro de la junta directiva de una compañía
- consultor habitual de una compañía privada
- consultor ocasional de una compañía privada
- portavoz oficial de una compañía privada
- portavoz ocasional de una compañía privada
- obtener beneficios económicos de una compañía privada
- recibir honorarios
- participar como investigador clínico en un ensayo clínico patrocinado por la industria
- recibir ayudas económicas de investigación por parte de compañías privadas
- ser el propietario de una patente

investigaciones han hecho posible tener una visión global de las dimensiones y del alcance de este fenómeno. En este artículo se prestará especial atención al campo de la Psiquiatría.

Una prevalencia muy elevada

La primera idea acerca de la prevalencia de las situaciones de conflictos de intereses en las investigaciones científicas proviene de un estudio pionero que se publicó en el decenio de 1990. Krinsky y cols. (11) analizaron 789 artículos escritos por autores de universidades de Massachusetts, que habían sido publicados en 1992 en revistas científicas de primera línea. En uno de cada tres casos, al menos uno de los autores de estos artículos tenía intereses creados en torno a su investigación. Krinsky y cols. (11) adoptaron un punto de vista muy conservador respecto a lo que constituye un conflicto de interés económico: la posesión de una patente relacionada directamente con el trabajo publicado; la posesión de acciones o el desempeño de un cargo ejecutivo en una compañía con intereses comerciales relacionados con la investigación efectuada, y la participación en el comité directivo de dicha compañía. El porcentaje de casos con conflictos de intereses detectados habría aumentado en gran medida si se hubieran tenido en cuenta las actividades de consultoría y las remuneraciones por otros conceptos. En este estudio se demostró claramente la intensidad de la presencia de las grandes corporaciones en las publicaciones científicas. Sin embargo, estos resultados fueron sistemáticamente minimizados por la comunidad científica, tal como ocurrió –por ejemplo– con la respuesta de *Nature* a dichos resultados (11).

Este mismo grupo de investigadores abordó la cuestión de los vínculos económicos de los 170 miembros del panel constitutivo del DSM-IV con la industria far-

macéutica. En total, 95 (56 %) de estos expertos estaban relacionados con una o más compañías farmacéuticas (12). Este porcentaje alcanzó el 100 % entre los miembros de los paneles correspondientes a los trastornos del estado de ánimo y a la esquizofrenia, y fue superior al 80 % entre los miembros de los paneles correspondientes a la ansiedad y a los trastornos de la conducta alimentaria (12).

Se ha señalado (8) que uno de cada 10 médicos estadounidenses mantiene en la actualidad una relación formal de asesoría con la industria financiera. Posiblemente, esta proporción es mucho mayor en el caso de los investigadores clínicos, incluyendo los del área de la Psiquiatría, a pesar de que pueden existir diferencias entre las distintas especialidades.

La revelación de los vínculos económicos con la industria farmacéutica es infrecuente

La revelación de los vínculos económicos con la industria farmacéutica se ha convertido en un primer paso esencial para el abordaje de la contaminación introducida por los conflictos de intereses en la ciencia. Sin embargo, a pesar de las medidas tomadas por las revistas de Medicina, esta revelación no es frecuente: según un estudio efectuado por Krinsky (13), tiene lugar en menos del 1 % de los artículos médicos. A menudo, esta forma de divulgación es realizada por los medios de comunicación, más que por los autores o la comunidad científica. Por ejemplo, Zaleski (14) ofrece una lista impresionante de ejemplos en los cuales el problema de los conflictos de intereses estuvo relacionado con cuestiones científicas y clínicas importantes. En ocasiones, los conflictos de intereses pueden socavar la credibilidad de los datos científicos, tal como ocurrió con el escándalo causado por un estudio sobre un medicamento para los episodios cardíacos agudos (activador del plasminógeno tisular, TPA) publicado en *JAMA*, cuando un reportero de *Newsday* reveló que al menos 13 de los investigadores que habían participado en este estudio eran accionistas de la compañía que fabricaba el medicamento.

Estos escándalos también han alcanzado a las investigaciones en Psiquiatría (4). Uno de los más recientes, referente a un artículo sobre la estimulación del nervio vago, dio lugar a la renuncia del autor principal al consejo editorial de una importante revista (15). Vale la pena señalar que este escándalo no fue divulgado por el periodismo, sino por un miembro de la comunidad científica que estaba vinculado a la revista.

Hay que tener en cuenta que, aunque la revelación de las relaciones con la industria se ha convertido en una práctica habitual en las reuniones científicas y las revistas científicas de Norteamérica, esta práctica no ha tenido todavía una difusión importante en Europa.

Las sociedades científicas pueden estar en deuda con la industria farmacéutica

Glassman y cols. (16) investigaron si los ingresos económicos generados por la publicidad de las compañías farmacéuticas en las revistas médicas podían generar conflictos de intereses para las organizaciones médicas sin ánimo de lucro propietarias de dichas revistas. Estos investigadores observaron que los conflictos de intereses económicos eran importantes y que se podría considerar que algunas organizaciones médicas prestigiosas, como las que editan *JAMA* y *New England Journal of Medicine*, están en deuda respecto a la industria farmacéutica. En un editorial, Lexchin (17) planteó la creciente preocupación acerca de la relación existente entre la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la industria farmacéutica. La OMS elaboró en coordinación con la International Society of Hypertension una serie de directrices para el diagnóstico y el tratamiento de la hipertensión esencial. En una carta firmada por casi 900 médicos y científicos se señaló que en estas directrices se ignoraban los aspectos básicos de la evolución clínica y se otorgaba una importancia excesiva a los resultados obtenidos en los ensayos clínicos financiados por las compañías farmacéuticas. Todo ello plantea serias dudas acerca de la OMS, que ha estado aceptando sustituciones temporales de personal indicadas por la industria farmacéutica. También se han expresado dudas acerca del diagnóstico de la depresión y del uso de antidepresivos; el juego es claro: conseguir que la mayor parte de las personas consuman un medicamento, mediante la ampliación de sus indicaciones (p. ej., incluyendo entre ellas la desmoralización) y la recomendación de su uso como método preventivo (18). Las sociedades científicas pueden controlar las revistas de Medicina e influir en las líneas editoriales y en la selección de los artículos publicados. Además, los vínculos de carácter económico también pueden influir en las reuniones científicas de dichas sociedades. Esto es algo que puede percibir fácilmente cualquier persona que acuda a una reunión científica importante de alguna de estas sociedades.

Los autores de las directrices de práctica clínica tienen a menudo relación con la industria farmacéutica

Choudhry y cols. (19) evaluaron a los autores de las directrices de práctica clínica avaladas por las sociedades norteamericanas y europeas respecto a distintas enfermedades frecuentes del adulto. El 87 % de los autores de estas directrices mantenía algún tipo de relación con la industria farmacéutica (el 58 % había recibido ayuda económica para realizar estudios de investigación, y el 38 % había trabajado directamente como empleado de alguna compañía farmacéutica o había realizado servicios de consultoría para alguna de estas compañías). Sólo en dos de las versiones publicadas de las 44 directrices de práctica clínica se recogían declaraciones específicas respecto a los vínculos económicos personales de cada autor con la industria farmacéutica (19).

La asistencia a las reuniones científicas patrocinadas por una compañía farmacéutica se asocia a un incremento en la prescripción de los fármacos elaborados por dicha compañía

En una revisión (20) se ha definido la manera en la que la asistencia a eventos de Formación Médica Continuada (FMC) patrocinados por la industria farmacéutica, así como la aceptación de financiación para el viaje o el alojamiento en el caso de simposios de tipo educativo, se asocian al incremento en la prescripción de la medicación ofrecida por la compañía farmacéutica. La asistencia a conferencias ofrecidas por representantes de las distintas compañías farmacéuticas también se ha asociado a una prescripción medicamentosa carente de fundamentos racionales. Wilkes (21) señaló las consecuencias de estas interacciones: «Los médicos aceptan regalos de las compañías farmacéuticas y después gastan el dinero de los pacientes para que estas mismas compañías sean las más rentables del mundo. Reclutan personas "para la investigación" sin advertirles las ventajas económicas que (las compañías farmacéuticas) obtienen a través de ellas. [...] Todos estos comportamientos son completamente contrarios a lo que los pacientes y la sociedad esperan de nosotros como compensación por los privilegios que nos han otorgado». Por otra parte, tal como indica el subtítulo de un editorial, cuando desaparece la confianza también lo hace la capacidad de curación de los médicos.

Los estudios patrocinados por las compañías farmacéuticas tienen más posibilidades de llegar a resultados favorables al patrocinador

Se ha señalado de manera repetida que los estudios patrocinados por las compañías farmacéuticas tienen más posibilidades de llegar a resultados favorables a los patrocinadores (22-25). El patrocinio de la industria también introduce restricciones en la publicación y divulgación de los datos (23), y da lugar a una publicación selectiva de esos resultados (26). Perlis y cols. (25) evaluaron las fuentes de financiación y los conflictos de intereses económicos de los autores de ensayos clínicos publicados en cuatro revistas norteamericanas de primer nivel relacionadas con la Psiquiatría. El 60 % de los autores había recibido financiación de la industria farmacéutica, y la existencia de conflictos de intereses se asoció a una probabilidad mayor de que la conclusión del estudio fuera la de que el efecto causado por el fármaco evaluado era mayor que el efecto asociado al placebo. Por otra parte, Melander y cols. (26) analizaron los estudios realizados con control en los que se habían utilizado inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y demostraron que los estudios que habían sido patrocinados por la industria farmacéutica y en los que se habían obtenido resultados favorables a los medicamentos se publicaban con mayor frecuencia que los estudios en los que se habían obtenido resultados desfavorables. Un ejemplo muy claro de esta forma de publicación selectiva es el escándalo que tuvo lugar después de que se descubriera que una compañía farmacéutica importante supuestamente retiró su apoyo económico a un ensayo clínico en el que se demostraba que un antidepresivo muy utilizado no daba lugar a ningún efecto beneficioso en el tratamiento de los adolescentes (27). Todo ello arroja serias dudas acerca de la representatividad de los ensayos clínicos evaluados a través de metaanálisis (28). Además, incluso las revisiones sistemáticas requieren una cuidadosa aproximación crítica (29, 30). Los conflictos de intereses pueden influir en este tipo de aproximación. Así, la Medicina basada en la evidencia podría ser un instrumento engañoso de propaganda.

Heres y cols. (31) analizaron las fuentes de sesgo que pueden limitar la validez de los estudios de comparación directa de los antipsicóticos de segunda generación, tal como la equivalencia de las dosis, los criterios de participación de los pacientes en los estudios, los métodos estadísticos utilizados, la forma de comunicación de los resultados y el lenguaje utilizado en la presentación de los resultados.

Con frecuencia, los investigadores no son los propietarios de los datos que ellos mismos han obtenido

Mello y cols. (32) evaluaron los contratos legales que se establecen entre los patrocinadores de la industria y los investigadores universitarios. En el 80 % de los centros de investigación, el patrocinador de la industria farmacéutica es el propietario de los datos, y en el 50 % es el propio patrocinador el que puede redactar los resultados del estudio, que aparecerán publicados. En los medios de comunicación han aparecido numerosos casos de conflictos entre los investigadores clínicos y las compañías farmacéuticas por la publicación y el análisis de los datos (14). En la mayoría de los casos, los investigadores se han quedado solos en esta lucha. En las presentaciones científicas patrocinadas por las compañías farmacéuticas es una práctica muy frecuente que las diapositivas que muestran los conferenciantes sean revisadas y aprobadas previamente por la compañía farmacéutica patrocinadora.

Los investigadores independientes representan una amenaza para los grupos de intereses especiales

Hay una preocupación creciente por la independencia de la Psiquiatría universitaria (33). A menudo pretende hacer creer que prácticamente todas las investigaciones clínicas deberían tener alguna forma de vinculación con la industria farmacéutica, a pesar de que esto no es cierto (8). También se sostiene que la sección de anuncios en las revistas médicas importantes no tiene nada que ver con la sección editorial de las mismas revistas. Hay pruebas que cuestionan estos puntos de vista (24). Aparentemente, también es posible comprar editoriales (35).

Cuando el porcentaje de investigadores con conflictos de intereses alcanza el 100 % (tal como ocurre en algunos paneles de expertos del DSM), esto quiere decir que hay una exclusión sistemática de los investigadores independientes. Los investigadores independientes puedan representar una amenaza para los grupos de intereses especiales, es decir, las oligarquías universitarias endogámicas que controlan los intereses corporativos en la información científica (36). Hay varios ejemplos que indican el grado de represalias que pueden sufrir los investigadores independientes (36).

¿QUÉ SE PUEDE HACER?

Hasta el momento, el problema de los conflictos de intereses en Medicina se ha

abordado de una manera muy ingenua. El escenario que se ha construido es el siguiente: las industrias farmacéuticas (los malos) ejercen una presión cada vez mayor sobre los médicos (las víctimas indefensas), y las revistas de Medicina (los buenos) intentan proteger tanto a los médicos como a los pacientes. La irrealidad de este escenario queda reflejada por los patéticos resultados de las iniciativas llevadas a cabo para limitar el fenómeno. Por ejemplo, *JAMA* ha decidido que en los estudios patrocinados por la industria farmacéutica al menos uno de los autores, que no puede ser un empleado de la compañía farmacéutica correspondiente, asuma la responsabilidad plena de la integridad de los resultados, y también que un especialista independiente en bioestadística debe llevar a cabo o confirmar el análisis de los datos (37). ¿Es posible que un investigador universitario envuelto en un conflicto de intereses suscite más confianza que un empleado de la compañía farmacéutica? Personalmente, creo lo contrario. Por otra parte, el registro de los ensayos clínicos y la aplicación de estándares más estrictos para la divulgación de los resultados son ciertamente medidas bienvenidas (38), pero la divulgación exhaustiva no va a permitir restituir la necesaria confianza de la sociedad.

Un problema clave reside en la falta de definición de lo que representa un conflicto de intereses sustancial. ¿Son la misma cosa una pizza en un almuerzo ofrecido por una compañía farmacéutica y la actuación regular como consultor de dicha compañía? La tabla 2 recoge algunos posibles criterios fundamentados en el trabajo de Krinsky y cols. (11). Las dos primeras situaciones que se muestran en la tabla 2 se refieren al concepto de continuidad de la relación con una compañía privada. Así, los acuerdos ocasionales de consultoría, el apoyo para la realización de un proyecto de investigación y la percepción de honorarios o cantidades como reembolso en ocasiones específicas no serían una fuente de un conflicto de intereses sustancial. Las dos últimas situaciones recogidas en la tabla 2 indican la existencia de importantes fuentes económicas del sesgo.

Tabla 2. Criterios para determinar la existencia de un conflicto de intereses sustancial en un investigador

-
- El investigador cumple al menos uno de los siguientes supuestos:
- Es empleado de una compañía privada
 - Es consultor habitual de una compañía privada o pertenece a su junta directiva
 - Posee acciones de una compañía privada relacionada con el campo de la investigación
 - Posee una patente relacionada directamente con el trabajo publicado
-

Otra cuestión es que el problema de los conflictos de intereses ha sido contemplado hasta el momento principalmente en términos relativos: ¿cómo se puede limitar la influencia de las compañías farmacéuticas en la investigación clínica? Casi no se ha tenido en cuenta el hecho de que en la comunidad científica hay cada vez menos expertos desinteresados que puedan ofrecer sus opiniones a los políticos y a los médicos respecto a la seguridad y la eficacia de los tratamientos, a los peligros de los productos químicos y a la seguridad de los métodos empleados (4). ¿Creemos realmente que los investigadores que optan por no tener ningún tipo de conflicto de intereses y que, al hacerlo así, renuncian a beneficios económicos, tienen un valor especial? ¿O creemos que su opinión no es diferente de la de los investigadores que presentan conflictos de intereses importantes, y que son simplemente reliquias patéticas del siglo pasado? ¿Está interesada la industria farmacéutica en los investigadores que pueden colaborar con sus líneas de comercialización, tal como lo hace actualmente la mayor parte de los médicos universitarios? ¿O está realmente interesada en las mentes independientes y críticas? Tal como era de esperar, el desarrollo de nuevos fármacos innovadores y pioneros ha sido extremadamente decepcionante durante los últimos años (5).

En cualquier caso, los expertos libres de conflictos de intereses pueden enfrentarse a dificultades cada vez mayores para hacer oír su voz en las reuniones científicas y en las revistas, y también para conseguir apoyo para sus proyectos de investigación. No es cierto que los expertos independientes estén desapareciendo; la realidad es que son marginados por los vigilantes del interés de las grandes compañías farmacéuticas tanto en las instituciones públicas como en las sociedades científicas y en las revistas de Medicina.

A consecuencia de ello, si aún se cree en el valor de las investigaciones y de los investigadores independientes, así como en la necesidad de preservar y fomentar esta independencia, es necesario seguir los pasos que se muestran en la tabla 3. Si en un comité de aprobación de subvenciones, una revista médica o un comité de un congreso científico no participan expertos libres de conflictos de intereses sustanciales, especialmente expertos que no presenten ningún conflicto de intereses, estos comités no van a merecer credibilidad.

Con respecto a ciertos cargos (p. ej., editor jefe de una revista médica), la situación se debería evaluar de manera individualizada. Por ejemplo, a diferencia de lo que se suele suponer, el establecimiento de un vínculo económico con una única compañía farmacéutica permite controlar fácilmente el trabajo que lleva a cabo un editor

(simplemente, puede ser excluido de la evaluación de los artículos promocionados por dicha compañía), mientras que la existencia de múltiples formas de conflictos de intereses hace imposible este control. En ocasiones, los departamentos de publicidad de las compañías farmacéuticas parecen influir en las decisiones editoriales de las revistas médicas en las que se anuncian fármacos o dispositivos (39). Esta influencia puede ser especialmente intensa si el editor mantiene una situación de vulnerabilidad a causa de su conflicto de intereses.

El exceso de información es el vehículo principal para la propaganda farmacéutica (40). Un psiquiatra puede quedar abrumado por la enorme cantidad de artículos científicos, que a menudo contienen información de carácter redundante. El psiquiatra puede prestar atención a ciertos artículos publicados debido a las compañías farmacéuticas que los patrocinan o debido a que aparecen en revistas conocidas y bien distribuidas. No obstante, este aspecto también puede ser muy engañoso. Los artículos en los que no se plantean conflictos de intereses (especialmente, las revisiones) y las revistas que se mantienen exclusivamente a base de suscripciones deberían constituirse en el foco de interés de los clínicos que son conscientes del problema que plantean los conflictos de intereses (40).

Sólo en este contexto podrán tener éxito las iniciativas dirigidas hacia un mayor control de los conflictos de intereses (tabla 4). Al tiempo que la revelación de las relaciones con la industria farmacéutica se ha convertido en una práctica habitual en las reu-

niones científicas y las revistas de Medicina norteamericanas, esta práctica todavía no se suele llevar a cabo en Europa. Hay que insistir en el hecho de que los conflictos de intereses en Psiquiatría no sólo aparecen cuando existen vínculos económicos con la industria farmacéutica, sino también cuando, por ejemplo, los investigadores están relacionados con centros privados de formación en psicoterapia. La revelación de las relaciones con las compañías farmacéuticas y con estos centros es un requisito imprescindible para el mantenimiento de la credibilidad científica. Para dicha revelación se debería utilizar un marco cronológico de referencia concreto (p. ej., 3 años). Cuando se ofrece una lista interminable de relaciones económicas con compañías farmacéuticas o con escuelas de psicoterapia, la información que se ofrece carece prácticamente de significación, a menos que se describan en una nota las implicaciones de dichas relaciones.

Toda organización científica debería tener en su seno un comité consultivo respecto a los conflictos de intereses en el que estuvieran representados los diferentes segmentos de la organización y que constituyera un punto de referencia para la identificación de posibles conflictos de intereses en los miembros individuales de la propia organización (41). Las organizaciones científicas también pueden solicitar la eliminación de las relaciones con las compañías que abusan de la confianza de la sociedad (p. ej., las que ofrecen publicidad engañosa, aplican sutilezas normativas y no permiten la publicación de sus resultados científicos (42). Los miembros

Tabla 3. Líneas de apoyo a los investigadores independientes que no incurren en conflictos de intereses sustanciales

-
- Prioridad en la obtención de ayudas por parte de los organismos públicos financiados por los contribuyentes
 - Prioridad para la pertenencia a los puestos ejecutivos de las sociedades científicas y de los comités editoriales de las revistas
 - Participación destacada en los programas de las reuniones de las sociedades científicas
 - Prioridad a las investigaciones y revisiones libres de conflictos de intereses en los programas formativos y de Formación Médica Continuada, así como en las revistas médicas
-

Tabla 4. Pasos necesarios para la solución de los conflictos de intereses económicos en las investigaciones médicas

-
- Obligatoriedad de la declaración de conflictos de intereses en todas las reuniones científicas y en todas las publicaciones
 - Creación de un comité asesor de conflictos de intereses en todas las organizaciones científicas
 - Los miembros individuales de las sociedades científicas y los lectores de las revistas de Medicina deben expresar su rechazo a las presentaciones y artículos sesgados por conflictos de intereses
 - Mantenimiento de políticas específicas para la defensa de la integridad científica en las sociedades profesionales, las universidades, los organismos que conceden subvenciones y las compañías farmacéuticas
 - Creación de organismos de revisión independientes (en cada campo) para evaluar las cuestiones relativas a los conflictos de intereses
 - Establecimiento de planes educativos para el reconocimiento de las situaciones de conflictos de intereses
-

individuales de una asociación también pueden rechazar la participación en reuniones profesionales o eventos societarios específicos (43), negarse a pagar las cuotas de la asociación, o escribir a la revista que se ha visto implicada en un caso específico de conflicto de intereses (todas estas cartas deberían ser publicadas, lo que no es frecuente, pues se aduce la falta de espacio o que la sección de cartas al director no debe ser peligrosa). Los miembros de una asociación que asisten a una reunión de ésta deberían tener la capacidad de valorar la calidad y la influencia de la industria farmacéutica a través de formularios de evaluación apropiados, así como la capacidad de manifestar su desacuerdo (el correo electrónico es una herramienta poderosa para estos fines).

También es importante el desarrollo políticas específicas para asegurar la integridad de los organismos y las industrias farmacéuticas. Los informes del American College of Cardiology Foundation y de la American Heart Association sobre el profesionalismo y la ética (24) pueden ser un ejemplo para que las asociaciones de Psiquiatría den pasos similares.

La creación de organismos de revisión independientes (en cada especialidad) para la evaluación de los problemas relativos a los conflictos de intereses podría ser otro paso importante. Estos organismos ofrecerían apoyo a los autores o editores más allá del apoyo general, y en muchas ocasiones ridículo, existente para el registro de los estudios de investigación no publicados (45). Además, estos organismos de revisión independientes podrían convertirse en una referencia importante para las asociaciones de consumidores, que hasta el momento no han adquirido una conciencia plena de la importancia que tiene para ellas el problema de los conflictos de intereses. Una excepción notable es la representada por la valiente batalla que está llevando a cabo una asociación de consumidores británica para que se reconozcan las reacciones ante la abstinencia de benzodiazepinas (46) y de los antidepresivos de segunda generación (47). Debería tenerse en cuenta que el dinero público que se destina a las investigaciones a menudo se invierte realmente para el beneficio de grupos de intereses concretos, más que para la solución de problemas clave de la salud pública.

Finalmente, los programas formativos profesionales (p. ej., los aplicados en las facultades de Medicina y en los periodos de residencia) deberían enseñar a reconocer las situaciones de conflictos de intereses (41) y tendrían que fomentar la concienciación respecto a las interpretaciones sesgadas de los resultados de los estudios de investigación (28).

CONCLUSIONES

El problema de los conflictos de intereses en Psiquiatría no parece ser diferente del que existe en otras especialidades de la Medicina clínica. Sólo se puede abordar a través de una iniciativa compleja aplicada a diferentes niveles, una iniciativa que ya no se puede posponer más tiempo. De hecho, o los investigadores clínicos se convierten en vendedores (el objetivo principal de muchos congresos científicos que se celebran hoy en día es aparentemente el de vender el participante al patrocinador) o asumen una decidida posición de protección de la comunidad frente a riesgos innecesarios (36). Si se deciden por la segunda posibilidad, deben ser conscientes de que también tendrán que defender su propia libertad intelectual (48). Dadas sus raíces humanistas y sociales, la Psiquiatría podría liderar esta iniciativa.

Declaración

Para la realización de sus estudios, el autor de esta publicación ha recibido ayudas del Ministerio de Educación, University and Research, el Italian National Research Council, el Italian National Institute of Health y la Carisbo Foundation. El autor de esta publicación es editor jefe de *Psychotherapy and Psychosomatics* (Karger, Basilea).

World Psychiatry 2007; 5:19-24

Bibliografía

1. Fava GA. A different medicine is possible. *Psychother Psychosom* 2006;75:1-3.
2. Diller L. Fallout from the pharma scandals: the loss of doctors' credibility? *Hastings Cent Rep* 2005;35:28-9.
3. Smith R. Medical journals are an extension of the marketing arm of pharmaceutical companies. *PLoS Med* 2005;2:e138.
4. Krinsky S. Science in the private interest. Lanham: Rowman and Littlefield, 2003.
5. Angell M. The truth about drug companies. New York: Random House, 2004.
6. Kassirer J. On the take: how medicine's complicity with big business has endangered your health. New York: Oxford University Press, 2004.
7. Abramson J. Overdosed America. New York: Harper, 2005.
8. Topol EJ, Blumenthal D. Physicians and the investment industry. *JAMA* 2005;293:2654-7.
9. Van Kolschooten F. Can you believe what you read? *Nature* 2002;416:360-3.
10. Margolis J. Conflict of interest and conflicting interests. In: Beauchamp TL, Bowie NE (eds). *Ethical theory and business*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1979:361-72.
11. Krinsky S, Rothenberg LS, Stott P et al. Scientific journals and their authors' finan-

- cial interests: a pilot study. *Psychother Psychosom* 1998;67:194-201.
12. Cosgrove L, Krinsky S, Vijayaraghavan M et al. Financial ties between DSM-IV panel members and the pharmaceutical industry. *Psychother Psychosom* 2006;75:154-60.
13. Krinsky S. Journal policies on conflict of interest: if this is the therapy, what's the disease? *Psychother Psychosom* 2001;70:115-7.
14. Zalewski D. Ties that bind: do corporate dollars strangle scientific research? *Linguafranca* 1997;7:51-9.
15. Armstrong D. Medical journal editor to quit in wake of disclosure oversight. *Wall Street Journal*, August 25, 2006.
16. Glassman PA, Hunter Hayer J, Nakamura T. Pharmacological advertising revenue and physician organizations: how much is too much? *West J Med* 1999;171:234-5.
17. Lexchin J. Don't bite the hand that feeds you. *West J Med* 1999;171:238-9.
18. Fava GA. Long-term treatment with antidepressant drugs: the spectacular achievements of propaganda. *Psychother Psychosom* 2002;71:127-32.
19. Choudhry NK, Stelfox HT, Detsky AS. Relationships between authors of clinical practice guidelines and the pharmaceutical industry. *JAMA* 2002;287:612-7.
20. Wazana A. Physicians and the pharmaceutical industry. Is a gift ever just a gift? *JAMA* 2000;283:373-80.
21. Wilkes MS. Conflict, what conflict? When trust goes, so does the healing power of physicians. *West J Med* 2000;172:6-8.
22. Lexchin J, Bero LA, Djulbegovic B et al. Pharmaceutical industry sponsorship and research outcome and quality. *Br Med J* 2003;326:1167-76.
23. Bekelman JE, Li Y, Gross CP. Scope and impact of financial conflict of interest in biomedical research. *JAMA* 2003;289:454-65.
24. Bhandasi M, Busse JW, Jackowski D et al. Association between industry funding and statistically significant pro-industry findings in medical and surgical randomized trials. *Can Med Ass J* 2004;170:477-80.
25. Perlis RH, Perlis CS, Wu Y et al. Industry sponsorship and financial conflict of interest in the reporting of clinical trials in psychiatry. *Am J Psychiatry* 2005;162:1957-60.
26. Melander H, Ahlquist-Rastad J, Beerermann B. Evidence b(i)ased medicine. *Br Med J* 2003;326:1171-5.
27. Kondro W. Drug company experts advised staff to withhold data about SSRI use. *Can Med Ass J* 2004;170:783.
28. Fava GA. The intellectual crisis of psychiatric research. *Psychother Psychosom* 2006;75:202-8.
29. Sensky T. The effectiveness of cognitive therapy for schizophrenia: what can we learn from the meta-analyses? *Psychother Psychosom* 2005;74:131-4.
30. Balon R. By whom and how is the quality of research data collection assured and checked? *Psychother Psychosom* 2005;74:331-5.
31. Heres S, Davis J, Main K et al. Why olanzapine beats risperidone, risperidone beats quetiapine, and quetiapine beats olanzapine? *Am J Psychiatry* 2006;163:185-94.

32. Mello MM, Clarridge BR, Studdert DM. Academic medical centers' standards for clinical-trial agreements with industry. *N Engl J Med* 2005;352:2202-10.
33. Healy D, Thase ME. Is academic psychiatry for sale? *Br J Psychiatry* 2003;182:388-90.
34. Fugh Berman A, Alladin K, Chow J. Advertising in medical journals: should current practices change? *PLoS Med* 2006;3:e130.
35. Brennan TA. Buying editorials. *N Engl J Med* 1994;331:673-5.
36. Fava GA. Conflict of interest and special interest groups. *Psychother Psychosom* 2001;70:1-5.
37. Fontanarosa PN, Flanagan A, de Angelis CD. Reporting conflicts of interest, financial aspects of research, and role of sponsors in funded studies. *JAMA* 2005;294:110-1.
38. Godlee F. An international standard for disclosure of clinical trial information. *Br Med J* 2006;332:1107-8.
39. Dyer O. Journal reverses decision on publishing editorial previously rejected by marketing. *Br Med J* 2004;328:310.
40. Fava GA, Guidi J. Information overload, the patient, and the clinician. *Psychother Psychosom* 2007;76:1-3.
41. Warner TD, Gluck JP. What do we really know about conflicts of interest in biomedical research? *Psychopharmacology* 2003;171:36-46.
42. Anonymous. Company sought to block paper's publication. *Lancet* 2000;356:1659.
43. Fava GA. Bartleby, the scrivener. *Psychother Psychosom* 1992;57:81-2.
44. ACCF/AHA. Consensus conference report on professionalism and ethics. *Circulation* 2004;110:2506-49.
45. Smith R, Roberts I. An amnesty for unpublished trials. *Br Med J* 1997;315:622.
46. Medawar C. Power and dependence. London: Social Audit, 1992.
47. Medawar C. The antidepressant web. *Int J Risk Safety Med* 1997;10:75-126.
48. Chomsky N. Universals of human nature. *Psychother Psychosom* 2005;74:263-8.

Intereses encontrados y honestidad

GUY GOODWIN

University Department of Psychiatry, Warneford Hospital, Oxford OX3 7JX, UK

A pesar de que el título del artículo de Giovanni Fava es el de «Conflictos de intereses económicos en Psiquiatría», la definición que nos ofrece es de tipo más general, lo que a mí personalmente me gusta más: «Los conflictos de intereses se caracterizan por el hecho de que un mismo individuo lleva a cabo dos funciones que no debería realizar simultáneamente». Además, Fava se pregunta cuáles son estas funciones. En la respuesta que él mismo ofrece, se centra exclusivamente en los profesionales que también trabajan para las compañías farmacéuticas. También podría haber añadido la función doble de los profesionales que trabajan simultáneamente en organizaciones voluntarias, instituciones benéficas, despachos de abogados, departamentos gubernamentales, compañías financieras de inversión y cualquier otro organismo constituido formalmente y con intereses en el campo de la Psiquiatría. Sin embargo, forma parte de la realidad actual el hecho de que las compañías farmacéuticas estén particularmente demonizadas (1).

¿Hay realmente un problema en la actualidad? Lamentablemente, debo aceptar que es así. ¿Es cierto que algunos profesionales del mundo universitario abusan de su posición profesional para obtener honorarios de las compañías, por ejemplo, colocando sus nombres en artículos que prácticamente no han leído y que por supuesto no han redactado? Estoy seguro de que algunos de ellos lo hacen, y esto es incorrecto. ¿Es excesiva la influencia de la industria farmacéutica sobre la prescripción de medicamentos que realizan los médicos? Sí. En el momento presente, los gastos que dedican las compañías farmacéuticas a la Formación Médica Continuada son mayores que los que dedican a cualquier otro aspecto de su actividad. Sin embargo, esta situación también representa un fracaso de los sistemas sanitarios de financiación pública. ¿Hay algunas funciones que son incompatibles con otras? Obviamente es así: una persona no puede estar comprando y vendiendo acciones en una compañía específica y diciendo al mismo tiempo que no tiene ningún tipo de interés en los buenos resultados de dicha compañía; la función de asesoría a los organismos reguladores es una actividad que debería excluir de manera tajante la posibilidad de trabajar con

la industria. Sin embargo, la mayoría de los investigadores universitarios no cumple estos requisitos o bien, ciertamente, no necesita desempeñar funciones que sean incompatibles con su implicación con la industria, y muchos de los que son más críticos con este tipo de contactos podrían tener problemas similares, que no tienen que declarar. Para entender por qué digo esto, es conveniente analizar una definición más amplia del concepto de conflicto de intereses; en otras palabras, analizar cuáles son los puestos y las vinculaciones o intereses que hacen que seamos como somos y que tomemos las relaciones que tomamos. Algunas de las relaciones más comprometedoras pueden ser más difíciles de evaluar que los honorarios recibidos por parte de una compañía farmacéutica.

Estas cuestiones explican en parte el hecho de que este debate haya alcanzado niveles tan virulentos en el contexto de la Psiquiatría. Creo que este debate se relaciona con un desacuerdo más profundo respecto al papel que desempeña el tratamiento farmacológico en sí mismo en el abordaje de los trastornos mentales. No conozco personalmente a Giovanni Fava, pero, a través de lo que he leído en los artículos que ha publicado, no me sorprendería si (tal como sé que ocurre con muchos psiquiatras de orientación social) él creyera que los medicamentos realmente «no funcionan» o que, al menos, no funcionan demasiado bien y que la psicoterapia y las intervenciones sociales son abordajes terapéuticos mejores o, en última instancia, preferibles. En mi experiencia, este enfoque se suele asociar a un punto de vista que sostiene que son, principalmente, los factores sociales los que causan o exacerban la enfermedad mental y que, por lo tanto, la solución última frente a este tipo de enfermedad radicaría en la introducción de mejoras sociales, más que en la introducción de mejores medicamentos. Mi punto de vista particular es más o menos contrario a éste: personalmente: creo que las medicinas desempeñan una función principal en el objetivo de mejorar significativamente las posibilidades de que un paciente individual se pueda recuperar de un trastorno psiquiátrico grave. Acepto el valor de las psicoterapias pragmáticas pero, de la misma manera que las diferencias entre el efecto de un fármaco y el de un placebo parecen incrementarse en función de la gravedad de la enfermedad, las psicoterapias tienden a parecer menos eficaces a medida que aumenta la gravedad de una enfermedad. Finalmente, soy pesimista respecto a las soluciones sociales de los problemas personales. Si yo sufro asma, quiero un inhalador; puedo dejar para más adelante mis quejas acerca de la contaminación del aire.

Hay también una cuestión, de carácter político más explícito, que también se re-

laciona con la controversia actual: ¿es inmoral, en alguna medida, el hecho de ganar dinero a través del desarrollo y la venta de medicamentos? Este problema forma parte de una crítica política más general del capitalismo, efectuada en una ocasión por Winston Churchill: «El defecto inherente del capitalismo es la desigualdad en el reparto de los beneficios; la virtud inherente del socialismo es el reparto por igual de las pérdidas». Los que buscamos la mejora de los medicamentos (en cuanto a su utilización, eficacia y tolerabilidad) tenemos que aceptar el enfoque capitalista de las compañías farmacéuticas. Cualquier innovación puede comenzar en el contexto de la investigación científica, pero sólo puede ser implementada por las compañías farmacéuticas. Ello trae aparejado, inevitablemente: la comercialización, la asesoría, y la promoción exagerada, así como las fuerzas compensatorias de la regulación gubernamental, la búsqueda de publicidad de los informantes o denunciantes, los escándalos inflados por la prensa, etc. Quizá no sea lo más adecuado, pero es la manera en que funciona una sociedad libre. En mi opinión, los pacientes a los que he atendido han aprovechado de manera directa y significativa las nuevas medicinas que se han aprobado a lo largo de los 20 últimos años. Además, es indudable que los fármacos de primera generación constituyeron un avance de gran trascendencia, que inició la época de la psicofarmacología. También es indudable que los psicofármacos han constituido una fuente importante de beneficios para las compañías que los han fabricado. Sin embargo, las compañías farmacéuticas son, en su mayor parte, compañías que participan en la sociedad. En otras palabras, todos podemos disfrutar del empleo que generan, de los impuestos que pagan y de los fondos de pensiones en los que invierten. Además, estas compañías dedican muchos más esfuerzos a la investigación médica que cualquier otro sector de la economía.

¿Es posible mejorar la situación actual? Estoy de acuerdo con Giovanni Fava en que Estados Unidos va por delante de Europa en cuanto a las políticas de revelación de las relaciones de los investigadores con las compañías farmacéuticas, y en que la transparencia es una salvaguarda mínima esencial. Los editores de las revistas de Medicina deben permanecer vigilantes, y las sociedades científicas deben decidir cuál debe ser el espíritu que presida sus reuniones, para conseguir el equilibrio correcto: el clima existente en algunas de estas reuniones es vergonzosamente comercial. Sin embargo, el intento de esterilizar la actividad de investigación fomentada desde la industria farmacéutica representa una negación del vínculo clave existente entre la innovación científica y la

distribución real de un producto al consumidor. Este vínculo es imprescindible si se desea disponer de nuevos fármacos. También es una preocupación real adicional el hecho de que, si la Psiquiatría protesta demasiado, podría pasar a ser considerada como un campo en el que no vale la pena invertir.

Finalmente, al tiempo que estoy de acuerdo con la insistencia de Giovanni Fava en la responsabilidad individual, no estoy totalmente convencido de que la estrecha obsesión con lo que él denomina riesgos innecesarios ofrezca a las investigaciones clínicas alguna forma de libertad intelectual. La libertad intelectual procede

de una formación que inculca la independencia de pensamiento, un enfoque escéptico de la evidencia y un gusto por la verdad. Todas ellas son virtudes clásicas. No creo que haya nada que impida el mantenimiento de estas virtudes en la relación entre los profesionales y la industria farmacéutica.

Declaración

El autor de este artículo recibe en la actualidad ayudas económicas por parte de P1Vital, Sanofi-Aventis, Servier, Baily Thomas Charitable Fund, el Economic and So-

cial Research Council y el Medical Research Council; durante el último año ha asesorado a Bristol-Myers, Squibb, P1Vital, Roche, Sanofi-Aventis, Servier y Wyeth, y ha aceptado honorarios por parte de AstraZeneca, Bristol-Myers Squibb, Lilly, Eisai, Lundbeck, Sanofi-Aventis y Servier por la presidencia de reuniones o la realización de conferencias.

Bibliografía

1. Goodwin GM. Conflict of interest is not just about advising pharmaceutical companies. *J Psychopharmacol* 2004;18:447-8.

Alguien voló sobre el nido de los conflictos de intereses

DAVID HEALY

North Wales Department of Psychological Medicine, Hergest Unit, Bangor, Wales LL57 2PW, UK

Giovanni Fava nos ofrece un análisis excelente del desarrollo de la crisis desencadenada por los conflictos de intereses comerciales en Psiquiatría. Sin embargo, hay motivos para considerar que toda esta cuestión es realmente una pista falsa, o que la postura adoptada por Fava es en sí misma favorable a la industria farmacéutica.

Si contemplamos todas estas cuestiones desde la óptica de los 400 últimos años, y consideramos los orígenes de la ciencia, entonces es evidente que uno de los triunfos clave de la nueva rama del conocimiento no radica en ninguno de los grandes avances que se han efectuado en física, química o biología, sino en el hecho de que la sociedad ha encontrado un medio para hacer avanzar el conocimiento, superando el problema de los intereses encontrados. Si los conocimientos están fundamentados en el método científico, entonces es irrelevante el hecho de que los científicos que los generan sean católicos, protestantes, hindúes, islámicos, judíos, o ateos.

Con independencia de estos poderosos prejuicios sociales, en varios estudios realizados acerca del proceso científico se ha señalado que los científicos individuales pueden ser considerados casi como insanos. Muchos de nuestros científicos más famosos son personas que persiguieron sus objetivos de manera tan obsesiva y con tal grado de convicción que sus contemporá-

neos podrían haberlos considerado próximos al delirio.

Sin embargo, el método científico, que introdujo un nuevo énfasis en los datos obtenidos mediante observación y susceptibles de ser reproducidos, ha proporcionado una herramienta para salvar los prejuicios sociales y la idiosincrasia individual (1). El éxito de la ciencia radica en el hecho de que es un proceso de carácter comunal y empírico, más que un proceso cuyo buen resultado dependa de los motivos que guían a los científicos individuales. Es por ello que *Nature* y otras revistas citadas por Giovanni Fava no han tenido una prisa excesiva en responder a las nuevas propuestas relativas a la declaración de los conflictos de intereses. ¿Por qué tendrían que esperar los científicos en general la obtención de cantidades relativamente pequeñas de dinero ofrecidas a unos pocos individuos para enmendar un sistema que ha sido capaz de domesticar enemigos internos mucho más poderosos que éste?

Visto de esta manera, aunque es evidente que en la actualidad existe una crisis, puede ser un error considerar que los conflictos de intereses constituyen el origen de esta crisis. Otra opción es que los estudios y las revisiones que están en el centro de esta crisis no sean realmente científicos sino más bien algo así como el vuelo del cuco sobre el nido de la ciencia. Además, una característica importante de las publicaciones de ensayos clínicos y de artículos de revisión a las que hace referencia Fava es que no se fundamentan en el principio básico de la ciencia: asumir

únicamente los postulados que se puedan reproducir y/o garantizar que los datos estén públicamente disponibles.

El problema actual en todos los aspectos de la ciencia médica relativos al tratamiento con fármacos protegidos por patente es que no se llega a publicar una proporción significativa de ensayos clínicos y que, además, los ensayos que se publican están redactados a menudo por personas anónimas y tienen escasa relación con los datos subyacentes (2). Las compañías farmacéuticas que colocan en Internet sus ensayos clínicos no hacen demasiado para aliviar este problema. Las dificultades aludidas quedan bien simbolizadas por los ensayos clínicos en niños relativos al uso de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), en los que se observa una fuerte divergencia entre los datos brutos obtenidos y los informes publicados acerca de esta cuestión, en los que supuestamente se muestran estos datos crudos. En la actualidad, se puede considerar que los datos indican que estos fármacos no inducen efectos convincentes y que son peligrosos, pero antes de la publicación de los datos la bibliografía científica señalaba de manera universal que los ISRS eran seguros y eficaces en los niños (3). Es importante destacar el hecho de que esta divergencia fue conocida gracias a los esfuerzos de periodistas y abogados, y de que su revelación no fue debida a que periodistas y abogados estuvieran detrás de los conflictos de intereses, sino al hecho de que los datos eran incoherentes, aun para el hombre común. Para nuestra propia vergüenza, ningún clínico ni científico se había cuestionado en ningún momento la validez de «la ciencia». ¿Qué lecciones pueden extraerse de esta situación?

Si las compañías farmacéuticas quieren comercializar sus productos bajo la bandera de la ciencia, se las puede obligar a que se adapten a las normas científicas.

Para ello, es necesario que los editores de las revistas y los comités organizadores de reuniones científicas rechacen la publicación de artículos o la presentación de datos respecto a los cuales no exista un acceso libre. La adopción de una postura de este tipo pondrá en evidencia los conflictos que mantienen los editores de las revistas y los organizadores de las reuniones científicas, pero posiblemente su efecto va a ser mucho mayor que la revelación de los conflictos de intereses de los autores o conferenciantes individuales.

De hecho, es más probable que sean los redactores anónimos, y no los científicos, quienes publiquen declaraciones de conflictos de interés en los artículos o las diapositivas de las conferencias de una manera que se adapte a los protocolos de las revistas o de las reuniones científicas. Si yo fuera un empleado del departamento de comercialización de una compañía, preferiría pensar que el único problema es la existencia de unos pocos científicos co-

ruptos que no declaran sus conflictos de intereses que consideran que la compañía para la que trabajo restringe el acceso a los datos al tiempo que reclama que el origen real del problema es el elevado nivel moral de la ciencia.

Declaración

En relación con las compañías Astra-Zeneca, Boots/Knoll Pharmaceuticals, Eli Lilly, Janssen-Cilag, Lorex-Synthelabo, Lundbeck, Organon, Pharmacia & Upjohn, Pierre-Fabre, Pfizer, Rhone-Poulenc, Roche, Sanofi, GlaxoSmith-Kline y Solvay, el autor de este artículo ha actuado como consultor, investigador principal, evaluador en ensayos clínicos, presidente o conferenciante en simposios internacionales, o ha recibido ayuda económica para asistir a reuniones científicas. Además, ha actuado como testigo experto de la acusación en 15 procesos judiciales re-

lativos a los ISRS y también ha actuado como consultor en varios casos de intento de suicidio, suicidio consumado y homicidio seguido de suicidio relacionados con medicamentos antidepresivos, en la mayor parte de los cuales ha ofrecido su punto de vista de que el tratamiento no tuvo ninguna relación con los hechos. También ha actuado como testigo experto en algunas demandas judiciales relacionadas con patentes.

Bibliografía

1. Healy D. Conflicting interests: the evolution of an issue. *Monash Review of Bioethics* 2004;23:8-18.
2. Healy D, Cattell D. The interface between authorship, industry and science in the domain of therapeutics. *Br J Psychiatry* 2003; 182:22-7.
3. Healy D. Manufacturing consensus. *Culture, Medicine and Psychiatry* 2006;30:135-56.

Psiquiatría: desde el interés por los conflictos a los conflictos de intereses

EDUARD VIETA

Instituto Clínico de Neurociencias, Universidad de Barcelona Hospital Clínico, y IDIBAPS, Rossello 140, 08036 Barcelona, España

Hubo una época en la que la Psiquiatría estaba influida fundamentalmente por la opinión dominante de que la mayor parte de los trastornos mentales se debía a conflictos internos no resueltos. Ésta era una época en la que la disponibilidad de fármacos eficaces frente a los trastornos psiquiátricos era extremadamente reducida y en la que el acceso a la asistencia psiquiátrica estaba limitado a las personas de mucho dinero o a los pacientes muy enfermos, que quedaban recluidos en centros psiquiátricos durante largos períodos de tiempo y que también eran apartados de la sociedad. La aparición de los psicofármacos modificó rápidamente este panorama, pero también introdujo novedades no solamente en la práctica, la educación y la investigación clínicas, sino también en las relaciones médico-paciente. Estos cambios tuvieron lugar paralelamente a los producidos en las sociedades modernas, aumentando cada vez más la distancia entre los países desarrollados y los países pobres, lo que -a su vez- trae aparejados nuevos problemas éticos. Ésta es la razón por la que

creo que es difícil separar el debate relativo a los conflictos de intereses, especialmente los conflictos de intereses económicos, de la ideología y de las políticas, y también la razón por la que creo que debería aplicarse un enfoque de carácter global para abordar este problema. Así, tal como señala correctamente Giovanni Fava, la Medicina clínica y la Psiquiatría están sufriendo una crisis de credibilidad sin precedentes que, en mi opinión, se debe más al incremento en la concienciación acerca de esta cuestión que a la reducción de los estándares éticos o a la mala práctica. Nuestra sociedad es cada vez más consciente de los posibles conflictos de intereses, y esto es bueno para la transparencia, aunque uno de mis argumentos es que algunos conflictos de intereses son más evidentes que otros y, para ser justos, nuestra responsabilidad como clínicos, educadores o investigadores es develar todos los conflictos de este tipo, con independencia de su naturaleza. En el fondo, el hecho de que exista un posible conflicto de intereses no indica necesariamente que haya una situación de parcialidad o de corrupción. La Psiquiatría ha enseñado que la evitación de los conflictos no siempre es el método mejor para su solución.

El escepticismo creciente acerca del desarrollo de los medicamentos, de los ensa-

yos clínicos y de las publicaciones está evolucionando paralelamente a la opinión de la sociedad con respecto a la industria farmacéutica, que está lejos de ser imparcial. Se ha publicado que el hombre de la calle contempla a las compañías farmacéuticas como sociedades anónimas con estándares éticos bajos, algo parecido a la industria del armamento. La paradoja es que en ningún momento de la historia han existido, como hoy, tantas regulaciones legales, limitaciones y mecanismos para supervisar el desarrollo, la aprobación y las estrategias de comercialización de los medicamentos. Por lo tanto, este clima se debe a los errores cometidos por algunos de los protagonistas del espectáculo: la industria farmacéutica, por supuesto, pero también los líderes de opinión, las revistas médicas, los organismos que elaboran la normativa legal, los políticos, e incluso los clínicos. El auge de la Medicina basada en la evidencia también podría ser responsable en parte, debido a que sólo hay evidencia disponible para las cuestiones que están financiadas económicamente, y la mayor parte de dicha financiación procede de las compañías que esperan obtener beneficios por sus inversiones. Algunos de nosotros creemos que todo ello sería correcto siempre y cuando la normativa legal estricta y la financiación con fondos públicos fueran capaces de contrarrestar el riesgo de que la Medicina basada en la evidencia quede en manos casi exclusivas de la financiación ofrecida por las compañías privadas. En caso contrario, la evidencia puede estar sesgada.

Los sesgos pueden tener dos orígenes principales: el sesgo en el diseño de los ensayos clínicos y el sesgo en la divulgación de los resultados. El primero de estos sesgos se puede contrarrestar fácilmente; por ejemplo, los organismos reguladores –como la Food and Drug Administration (FDA) estadounidense o la European Agency for the Evaluation of Medicinal Products (EMA)– han establecido sus propias directrices relativas al diseño de los ensayos clínicos realizados, a fin de obtener la aprobación de productos para su comercialización (1, 2). Esta estrategia ha tenido éxito para evitar la comercialización de fármacos potencialmente ineficaces o inseguros, evaluados a través de diseños o análisis estadísticos sofisticados. Sin embargo, estos ensayos clínicos presentan, característicamente, un alto grado de validez interna y muy baja validez externa (3), por lo que han ofrecido poca información acerca de la utilidad y eficacia reales de un fármaco concreto en la práctica clínica. Por otra parte, los ensayos clínicos no regulados pueden dar lugar a resultados más generalizables, pero a menudo éstos están sesgados a favor del fármaco nuevo evaluado (el más caro). Son ejemplos de sesgos en el diseño de los ensayos clínicos: los falsos diseños de no-inferioridad (equivalencia), los diseños enriquecidos, el uso de muestras de comparación deliberadamente degradadas, el uso de dosis de comparación desfavorables, la participación de pacientes que no responden al medicamento con el que se realiza la comparación, los abordajes de rescate medicamentoso desfavorables y el uso de parámetros de evolución «creativos» que favorecen al fármaco promocionado. Los sesgos en la divulgación de los resultados son más difíciles de determinar. El más conocido es el denominado sesgo de publicación: los ensayos clínicos en los que se obtienen resultados positivos se publican, mientras que aquellos en los que se obtienen resultados negativos se mantienen de manera indefinida como «datos de archivo» o, como mucho, son presentados en reuniones de poca importancia en forma de pósteres o bien en algún sitio Web en formato muy reducido. Por el contrario, los ensayos clínicos en los que se obtienen resultados positivos son reanalizados, subanalizados, publicados repetidamente y presentados una y otra vez en reuniones científicas. La publicación de los ensayos clínicos en los que se obtienen resultados negativos y el ofrecimiento de esta información a la sociedad no sólo son responsabilidad de las compañías farmacéuticas sino también de los investigadores y de los líderes de opinión, especialmente de los que ocupan cargos en los comités asesores de las compañías y tienen acceso a información privilegiada. La normativa de la confidencialidad se aplica a cuestiones que tienen que ver con la investigación competitiva, pero si las compañías no ponen a dis-

posición de la sociedad los datos negativos que obtienen en sus estudios en un lapso de tiempo razonable, se produce una violación de los derechos de los pacientes que participaron voluntariamente en dichos estudios. Otras fuentes de sesgo menos evidentes que la publicación selectiva son las presentaciones desequilibradas, que son especialmente frecuentes (aunque no de manera exclusiva) en las reuniones científicas de carácter privado y en los simposios satélite: la exclusión del grupo de comparación en los ensayos clínicos realizados con control mediante placebo, insistencia en algunos parámetros secundarios (favorables), minimización de los efectos adversos y otras muchas tretas de este tipo; sin embargo, de nuevo, no solamente es necesario que la industria evite este tipo de pseudociencia, sino también que los investigadores y los líderes de opinión, además de los clínicos, sean capaces de identificar y criticar a los que la promocionan. Lamentablemente, en la mayoría de los países la única fuente de Formación Médica Continuada (FMC) es la industria farmacéutica, de manera que –incluso en las situaciones en las que no aparecen los sesgos mencionados– el objetivo de las reuniones científicas no suele estar libre de influencias económicas directas o indirectas. En este caso, los organismos gubernamentales y las sociedades científicas también tienen su responsabilidad. En Europa los créditos FMC no están tan bien implementados, y esta situación se acompaña de un riesgo elevado de que los programas de las reuniones científicas estén desequilibrados y de que la asistencia a las sesiones científicas sea escasa. Finalmente, la cuestión de las directrices de práctica clínica de tratamiento merece una mención aparte. Al tiempo que la recusación de los expertos implicados en posibles conflictos de intereses dejaría prácticamente huérfanas de experiencia a estas directrices, la realidad es que los sesgos de la evidencia ya comentados (que tienen más que ver con la escasez de ensayos clínicos con patrocinio independiente que con los intereses potenciales de los profesionales que actúan como asesores) hacen que las directrices apoyen en mayor medida los fármacos comercializados recientemente que los medicamentos antiguos y baratos (4, 5), como el litio, cuya prescripción ha sufrido una disminución importante en muchos países a pesar de las pruebas de que es eficaz y de que puede poseer propiedades antisuicidas únicas (6, 7). Boyd y Bero (8) han revisado recientemente la gestión de los conflictos de intereses en el desarrollo de directrices y han recomendado la aplicación de una política estándar que obligue a hacer públicos de manera anticipada todos los vínculos económicos de los autores.

Todo lo que hemos comentado hasta el momento indica que deberíamos hacer

algo para potenciar la integridad y la credibilidad de las compañías farmacéuticas, las revistas médicas, las reuniones científicas, los autores y los conferenciantes. Fava tiene razón cuando señala que la revelación de los conflictos de intereses es sólo un requisito mínimo para el mantenimiento de la credibilidad científica. Otra práctica recomendable es la retroalimentación sistemática; personalmente, creo que en todas las reuniones científicas se deberían utilizar formularios de evaluación para que los asistentes señalaran, mediante un sistema de puntuación, la calidad científica de cada presentación. Las sociedades científicas y los comités editoriales deberían crear comités de asesoría respecto a los conflictos de intereses, que analicen la información ofrecida por las personas que asisten a las reuniones y por los lectores de las revistas médicas (9). Sin embargo, no creo que estemos obligados a cometer el error de considerar los potenciales conflictos de intereses como algo necesariamente negativo. La existencia de un conflicto de intereses potencial no quiere decir que todo lo que diga o escriba la persona afectada por este conflicto esté sesgado; la exclusión de los profesionales más respetados de los comités editoriales o de las reuniones científicas únicamente por el hecho de que sean sujetos de conflictos de intereses daría lugar a una desaparición prácticamente completa de las investigaciones clínicas, lo que causaría un impacto enorme en el número y la calidad de los nuevos fármacos que se introduzcan para el tratamiento de la mayoría de las enfermedades, incluyendo los trastornos mentales. En consecuencia, la mayor parte de las personas que participan en ensayos clínicos y la mayoría de los pacientes comprende y acepta los conflictos de intereses (10) y, en algunos casos, incluso los fomenta, debido a que pueden tener utilidad para la sociedad (11). Los mejores expertos en ciertas enfermedades incurren a menudo en múltiples potenciales conflictos de intereses pero, en última instancia, lo que los hace atractivos y valiosos para los pacientes, los clínicos, los médicos en formación, los políticos y las compañías farmacéuticas es su credibilidad, un valor difícil de conseguir y fácil de perder. En el fondo, los conflictos de intereses no siempre tienen un carácter negativo; se relacionan con la interacción existente entre los médicos que trabajan en el sector público y los que lo hacen en el sector privado, y algunos de nosotros creemos que el mejor sistema sanitario no debe ser ni únicamente público ni únicamente privado, sino que es necesario utilizar todos los medios posibles para garantizar que el interés de unos pocos no se anteponga al interés de la sociedad, a la integridad de la investigación clínica y al progreso de la Medicina.

Algunas fuentes potenciales de conflictos de intereses no parecen tan populares ni escandalosas como las relacionadas con la comercialización que llevan a cabo las compañías farmacéuticas, a pesar de que pueden constituir una fuente importante de sesgo, tanto en la educación médica como en la práctica clínica. En primer lugar, no todos los conflictos de intereses tienen una naturaleza económica; de hecho, una actitud de oposición fuerte contra la industria farmacéutica puede estar relacionada con la obtención de ventajas políticas o profesionales, mientras que en otros casos hay compañías editoriales que obtienen unos ingresos sustanciosos con la publicación de libros acerca de las «prácticas irregulares de las compañías farmacéuticas». Finalmente, algunos de los conflictos de intereses económicos que no se suelen revelar son los que pertenecen a los patrocinadores de la asistencia sanitaria pública: los gobiernos, las autoridades locales y los gestores hospitalarios, cuyo interés principal radica generalmente en el ahorro de costes respecto a los fármacos que son más caros. En varios países los médicos reciben ingresos adicionales si son capaces de ahorrar dinero en la cuenta de gastos de farmacia; en algunos hospitales, los fármacos caros no se prescriben siquiera en pacientes con las indicaciones para las que han sido aprobados, y en el contexto editorial algunas publicaciones realizadas por organismos públicos presentan un sesgo evidente frente a los nuevos fármacos más caros, un sesgo que sólo es comparable al de los anuncios publicitarios de las compañías farmacéuticas en favor de sus medicamentos.

En conclusión, estoy de acuerdo con Fava en el hecho de que la credibilidad de la Medicina y de la Psiquiatría está en crisis. Sin embargo, en última instancia, no creo que exista alguien que esté completamente libre de conflictos de intereses. Los conflictos tienen un carácter dimensional, no dicotómico, y pueden tener una naturaleza ideológica, económica, social o aca-

démica; sin embargo, en todos los casos conllevan el riesgo de sesgo de la información. Por otra parte, los lectores y los clínicos no son pasivos e ignorantes receptores de información; hay abundantes ejemplos de fármacos intensamente publicitados que posteriormente no tuvieron éxito, una vez que los médicos encargados de recetarlos comprobaron que no resolvían los problemas de sus pacientes. En cualquier caso, es necesario oír la voz de estos profesionales. Con el objetivo de potenciar la credibilidad de la Psiquiatría, mi propuesta consta de varios aspectos: obtención de una información de retroalimentación real y honesta por parte de las personas que acuden a las reuniones profesionales y de las que leen los artículos de las revistas médicas; implementación de una política convincente y eficaz de créditos FMC; presión a los gobiernos y a las sociedades científicas para que fomenten la realización de ensayos clínicos independientes, y solicitud a las revistas de Medicina y a las organizaciones que llevan a cabo reuniones científicas para que fomenten una divulgación plena de los potenciales conflictos de intereses, tanto económicos como de cualquier otro tipo, al inicio de cada presentación o de cada artículo publicado. Al igual que ocurre con la salud mental, la credibilidad no depende de la ausencia de conflictos, sino más bien de su superación.

Agradecimientos

Artículo sufragado por el Ministerio de Sanidad español, Instituto de Salud Carlos III, Red de Enfermedades Mentales (REM-TAP Network).

Declaración

El autor de este artículo ha sido consultor, ha recibido ayudas económicas o ha ejercido como conferenciante de las compañías siguientes: Almirall, AstraZeneca,

Bial, Bristol-Myers-Squibb, Eli Lilly, GlaxoSmithKline, Janssen-Cilag, Lundbeck, Merck Sharp & Dohme, Novartis, Organon, Otsuka, Pfizer, Sanofi Aventis, Servier y UCB. También ha sido consultor y ha recibido ayudas económicas del Ministerio de Sanidad español y del Stanley Medical Research Institute.

Bibliografía

1. U.S. Food and Drug Administration. www.fda.gov.
2. European Agency for the Evaluation of Medicinal Products. www.emea.europa.eu.
3. Vieta E, Carne X. The use of placebo in clinical trials on bipolar disorder: a new approach for an old debate. *Psychother Psychosom* 2005;74:10-6.
4. Fountoulakis KN, Vieta E, Sanchez-Moreno J et al. Treatment guidelines for bipolar disorder: a critical review. *J Affect Disord* 2005;86:1-10.
5. Vieta E, Nolen WA, Grunze H et al. A European perspective on the Canadian guidelines for bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2005;7(Suppl. 3):73-6.
6. Gonzalez-Pinto A, Mosquera F, Alonso M et al. Suicidal risk in bipolar I disorder patients and adherence to long-term lithium treatment. *Bipolar Disord* 2006;8: 618-24.
7. Vieta E. Vigencia del tratamiento con litio. *Med Clin* (in press).
8. Boyd EA, Bero LA. Improving the use of research evidence in guideline development: 4. Managing conflicts of interests. *Health Res Policy Syst* 2006;4:16.
9. Warner TD, Gluck JP. What do we really know about conflicts of interest in biomedical research? *Psychopharmacology* 2003;171:36-46.
10. Hampson LA, Agrawal M, Joffe S et al. Patients' views on financial conflicts of interest in cancer research trials. *N Engl J Med* 2006;355:2330-7.
11. Grady C, Horstmann E, Sussman JS et al. The limits of disclosure: what research subjects want to know about investigator financial interests. *J Law Med Ethics* 2006; 34:592-9.

Acerca de la adecuada colaboración entre los investigadores y la industria farmacéutica: un punto de vista alternativo

MICHAEL E. THASE

Department of Psychiatry, University of Pennsylvania School of Medicine, Philadelphia, PA, USA

Giovanni Fava resume de manera convincente las numerosas razones por las que las relaciones que se establecen entre las

compañías farmacéuticas con ánimo de lucro y los investigadores (así como con los médicos, de manera más general) constituyen una cuestión de gran importancia, que puede influir de manera adversa tanto en el grado de confianza de la sociedad hacia la profesión médica como en la integridad de la base de evidencia que debe servir de fundamento de las decisiones relativas a los tra-

tamientos. Los comentarios generales que realizo acerca de ello en esta nota están fundamentados en mi propia experiencia y en la de los investigadores que colaboran de manera diversa con la industria farmacéutica.

Tras decenios de rechazo o minimización del problema, en la actualidad hay suficientes datos acerca del impacto de los

conflictos de intereses no resueltos, que permiten llegar a la conclusión de que la realización de conferencias y de actividades de asesoría/consultoría o de investigación para la industria farmacéutica puede influir en las evaluaciones de los líderes de opinión respecto a los productos de dicha industria. Lo más habitual es que la naturaleza de este efecto sea un sesgo positivo representado por una sobrevaloración de los efectos terapéuticos de un tratamiento y por una apreciación insuficiente de sus limitaciones. Como resultado neto de este sesgo, podrían efectuarse presentaciones demasiado favorables en reuniones científicas y/o interpretaciones muy poco críticas de los resultados o las conclusiones en los artículos que se publican, todo lo cual podría hacer que –en última instancia– el tratamiento propuesto se utilice con mayor frecuencia y genere beneficios económicos mayores a su fabricante.

Fava señala correctamente algunos casos notorios relacionados con conflictos de intereses deliberadamente ocultados, que han dado lugar a la vergüenza pública de toda la comunidad científica, así como algunos casos recientes en los que se ha visto implicada específicamente la Psiquiatría. A pesar de que a menudo las presentaciones públicas iniciales de estos «escándalos» no han reflejado los hechos relacionados con los casos, hay una percepción cada vez mayor por parte de la sociedad en general de que toda colaboración entre los investigadores y la industria farmacéutica es impropia y, como mínimo, sospechosa. Por estas y otras razones, los investigadores deben examinar en la actualidad las relaciones que mantienen con la industria farmacéutica con un detalle mucho mayor que en épocas anteriores, y también deben considerar con cuidado los posibles conflictos de intereses y las estrategias para solucionarlos.

Antes de analizar más específicamente las posibles áreas de acuerdos y desacuerdos, es importante aclarar que la industria farmacéutica es un negocio fuertemente regulado por la normativa legal, que produce medicamentos que pueden salvar vidas y que reducen el sufrimiento humano; pocos de los medicamentos actualmente utilizados en Psiquiatría han sido desarrollados por organismos distintos de las compañías farmacéuticas (p. ej., organismos gubernamentales, organizaciones profesionales o compañías sin ánimo de lucro). Cuando la colaboración de un investigador con una compañía farmacéutica se mantiene dentro de una normativa ética aceptada, no constituye necesariamente un conflicto de intereses el hecho de que el investigador obtenga ingresos económicos por ello. Sin embargo, estas relaciones económicas tienen el *potencial* de causar conflictos de intereses y, como tal, deben ser evitadas (tal como propone Fava) o

controladas de manera apropiada (tal como propongo yo).

Un elemento que complica este debate es el hecho de que las «directrices éticas aceptadas» para el control de los potenciales conflictos de intereses cambian permanentemente. Así, si se aplican a las actividades que se llevaban a cabo hace un decenio los estándares actualmente utilizados, no es sorprendente que una gran proporción de investigadores de aquella época quede lejos de lo que se considera actualmente el estándar ético. Además, indudablemente ocurrirá lo mismo cuando se apliquen a las actividades que se llevan a cabo hoy en día los estándares que se utilicen en el año 2017.

Estoy completamente de acuerdo con Fava en el hecho de que el control efectivo de los potenciales conflictos de intereses representa una de las dificultades principales a las que se enfrenta la Medicina en el siglo XXI. Por otra parte, creo firmemente que estas cuestiones deben ser abordadas, para que sea posible el mantenimiento de la colaboración entre los investigadores y la industria, puesto que, según mi opinión personal, esta colaboración constituye la mejor oportunidad para el desarrollo de fármacos más eficaces. Sin embargo, tal como he expuesto previamente en otras publicaciones (1, 2), la industria farmacéutica no es únicamente una actividad negativa y, a pesar de estar constituida por compañías que buscan la obtención de beneficios para sus accionistas, todas las compañías y las personas que trabajan en el negocio farmacéutico persiguen el desarrollo (y la venta) de productos nuevos y mejores, que ayuden realmente a la humanidad. Además, a pesar de que es cierto que los medicamentos nuevos (protegidos por patente) son demasiado caros para muchas personas y para una gran parte de los organismos sanitarios con financiación pública, también es cierto que sin esta primera introducción de nuevos medicamentos «bajo patente» tampoco habría después una nueva generación de medicamentos genéricos tras la caducidad de las patentes.

Tal como suele ocurrir en los artículos polémicos, Fava se centra en los aspectos negativos de esta cuestión y no reconoce el mérito de las contribuciones legítimas de la industria farmacéutica a la mejora de la salud pública ni tampoco los beneficios potenciales que pueden obtenerse –si se controlan adecuadamente los conflictos de intereses– la colaboración entre la industria y el mundo científico (p. ej., la mejora de los diseños de los estudios de investigación, las investigaciones sobre farmacogenómica, el desarrollo de biomarcadores, etc.). A pesar de que personalmente comparto con Fava el desprecio por las prácticas de publicación selectiva (es decir, la supresión de los estudios «negativos»), no

creo que sea justo describir como patéticas las iniciativas que lleva a cabo la industria para crear registros de los estudios realizados y para hacer públicos todos los datos obtenidos en los ensayos clínicos relevantes, de manera que puedan ser evaluados en metaanálisis. Tampoco creo que sean «propaganda» los posibles efectos beneficiosos del tratamiento con antidepresivos a largo plazo en los pacientes con formas recidivantes de depresión.

Giovanni Fava también deja de lado los efectos potencialmente perjudiciales que pueden tener sobre las cuestiones «científicas» los intereses encontrados de carácter extraeconómico, tales como los relacionados con las diferentes escuelas de pensamiento, las posturas de carácter sociopolítico, las rivalidades interpersonales e incluso las creencias espirituales, religiosas o semirreligiosas, intereses encontrados que no se suelen reconocer y que también han demostrado influir de manera negativa tanto sobre las relaciones profesionales como sobre el diseño, la interpretación, la presentación y la publicación de los resultados obtenidos en los estudios de investigación. Como ejemplo de ello, puede considerarse el hecho de que los profesionales que creen firmemente que la industria farmacéutica lleva a cabo proyectos de investigación de carácter mezquino a menudo realizan evaluaciones de estudios patrocinados por la industria que están sesgadas en el sentido negativo.

En cuanto al control y la eliminación de los potenciales conflictos de intereses, ¿quién en 2007 se puede oponer a las actitudes de revelación y transparencia plenas? La adopción de una posición insostenible como ésta reflejaría tanto ignorancia de los datos como insensibilidad frente a las cuestiones relacionadas con la confianza pública. De hecho, con objeto de evitar incluso la sospecha de ocultamiento de vínculos con la industria, he empezado a revelar todas mis relaciones económicas en todas las publicaciones que realizo, con independencia de la significación que pueda tener para la industria farmacéutica una publicación determinada. Y la mayor parte de los colegas que conozco que trabajan con la industria farmacéutica hacen lo mismo.

También estoy de acuerdo con Fava en el hecho de que en los paneles de consenso constituidos por expertos deberían participar personas (clínicos, investigadores y pacientes o sus familiares) que no tuvieran ningún tipo de vinculación con la industria farmacéutica, a pesar de que discrepo con su opinión de que se debería excluir sistemáticamente de dichos paneles a las personas que mantuvieran este tipo de vínculos. A modo explicativo, el hecho de que el 100 % de los expertos que constituyeron los paneles correspondientes a los trastor-

nos del estado de ánimo y a la esquizofrenia en el DSM-IV tuvieran algún tipo de relación con la industria farmacéutica refleja la ubicuidad de este tipo de relaciones en el decenio de 1990, más que la exclusión sistemática de la participación en los paneles de expertos de los profesionales carentes de este tipo de relaciones.

Como uno de los denominados «vigilantes» en simposios patrocinados por la industria y celebrados en el contexto de las reuniones anuales de la American Psychiatric Association, puedo decir que no existen presiones de ningún tipo para captar a una «oligarquía» selecta de compañeros que trabajen con la industria (de hecho, para estas presentaciones se nos recomienda insistentemente que reclutemos a personas de diferentes especialidades). Nuestras conferencias de Formación Médica Continuada (FMC) son revisadas de manera independiente para comprobar que no presentan sesgos de carácter comercial y, a menos que la conferencia sea explícitamente para la promoción de un producto (es decir, se defina claramente como tal), las normas son claras: los representantes de la industria no deben tener ninguna forma de acceso al material que se presenta. A pesar de que personalmente no me considero inmunizado frente a los sesgos de tipo comercial, estoy bastante seguro de que tengo un riesgo mayor de sesgo no reconocido cuando presento un trabajo que yo mismo he realizado y cuyos resultados son congruentes con mis propias líneas clínicas. En efecto, a pesar de que es cierto que el mecenazgo de la industria influye sobre los resultados de los estudios (p. ej., 3, 4), también es verdad que en los estudios de investigación que no son patrocinados por la industria farmacéutica se pueden observar efectos de sesgo mucho mayores en relación con las creencias básicas del investigador, por ejemplo, en

cuanto a un modelo concreto de psicoterapia (5).

En cuanto a los servicios de asesoría y consultoría, no veo la manera en la que se puede beneficiar la salud pública por la prohibición de que la industria farmacéutica utilice la información que aportan los expertos. En algún momento, Fava se pregunta con firmeza: ¿no querría la industria farmacéutica escuchar la opinión no sesgada de alguien (él mismo)? Estoy seguro de que la industria farmacéutica quiere tener estas opiniones y que las recaba con frecuencia. Sin embargo, dada la postura de Fava, ¿no tendría él mismo que declinar la invitación de la industria farmacéutica o bien, si la aceptara, no tendría que dejar de considerarse a sí mismo un asesor independiente?

Tampoco estoy de acuerdo con las ventajas de que en la financiación pública se de prioridad a los investigadores que no mantienen vínculos con la industria. ¿Realmente produciría una ciencia mejor un sistema que excluyera de manera arbitraria a algunos de los científicos mejores y más brillantes? En este caso, el remedio puede ser mucho peor que la enfermedad.

Personalmente, admiro la postura adoptada por Fava, así como también su disciplinado seguimiento de un código personal de conducta que evita el apoyo de la industria. Hay diferencias de opinión legítimas en esta cuestión, y no me sorprendería que nuestros desacuerdos respecto a este tema se reflejaran en diferencias similares en los puntos de vista sociopolíticos. Me parece positivo que exista esta diversidad de opiniones, creo firmemente que el diálogo entre los profesionales interesados y no interesados en trabajar con la industria representa el mejor camino para abordar el problema real de los potenciales conflictos de intereses y, en última instancia, para conseguir mejores tratamientos para nuestros pacientes.

Declaración

El autor de este artículo ha trabajado como consejero o consultor de AstraZeneca, Bristol-Myers Squibb, Cephalon, Cyberonics, Eli Lilly, GlaxoSmithKline, Janssen-Cilag, MedAvante, Neuronetics, Novartis, Organon, Sepracor, Shire US y Wyeth. Ha recibido honorarios por parte de AstraZeneca, Bristol-Myers Squibb, Cyberonics, Eli Lilly, GlaxoSmithKline, Organon, Sanofi-Aventis y Wyeth por la presidencia de reuniones o la realización de conferencias. Además, posee acciones en MedAvante y ha percibido derechos de autor de por parte de American Psychiatric Publishing, Guilford Publications y Herald House.

Bibliografía

1. Thase ME. The next step forward: a move toward evidence, and away from fear of the industry. *Psychopharmacol Bull* 2002; 36:4-5.
2. Healy D, Thase ME. Is academic psychiatry for sale? *Br J Psychiatry* 2003;182:388-90.
3. Freemantle N, Anderson IM, Young P. Predictive value of pharmacological activity for the relative efficacy of antidepressant drugs. Meta-regression analysis. *Br J Psychiatry* 2000;177:292-302.
4. Perlis RH, Perlis CS, Wu Y et al. Industry sponsorship and financial conflict of interest in the reporting of clinical trials in psychiatry. *Am J Psychiatry* 2005;162:1957-60.
5. Gaffan EA, Tsaousis I, Kemp-Wheeler SM. Researcher allegiance and meta-analysis: the case of cognitive therapy for depression. *J Consult Clin Psychol* 1995; 63:966-80.

Permaneciendo en la auténtica misión

ALAN J. GELENBERG

Department of Psychiatry, University of Arizona, 1501 N. Campbell Ave., Tucson, AZ 85724-5002, USA

Posiblemente no soy el único lector que ha respondido de manera defensiva e irritada frente al tono estridente de los comentarios de Giovanni Fava. No obstante, tras la recuperación de mis funciones corticales superiores, me he dado cuenta de que estoy de acuerdo en lo fundamental de

sus preocupaciones. Nos enfrentamos a una auténtica marea de desconfianza social que todavía no ha alcanzado su punto álgido. Realmente, han aparecido grietas de carácter ético. La integridad de la Psiquiatría y de la Medicina en su conjunto nos obliga a dar pasos firmes, sinceros e inmediatos para remediar esta situación.

Personalmente, abordo esta cuestión como médico y psiquiatra, profesor universitario y director de departamento, editor y profesor. Tal como se puede observar en mi declaración de conflictos de intere-

ses, también mantengo relaciones con numerosos fabricantes de productos farmacéuticos. Además, dirijo el grupo de trabajo que revisa las directrices de la American Psychiatric Association relativas al tratamiento del trastorno depresivo mayor. Por lo tanto, los múltiples aspectos de esta cuestión están realmente vivos en mi propia conciencia.

Cuando tenemos que tomar decisiones informadas, necesitamos datos suficientes para informar estas decisiones. Este aserto se aplica a las decisiones clínicas que toman tanto los pacientes como los clínicos. Tal como indica Giovanni Fava, si un autor, un científico, un conferenciante o un experto que redacta directrices mantiene

un interés prioritario diferente al de informar y educar, es probable que se plantee una grieta ética grave.

En un mundo de recursos infinitos sería relativamente sencillo solucionar esta cuestión. Todos los científicos y expertos podrían tener acceso a fuentes de información neutras, es decir, financiadas sin «compromisos». Cuando se les solicitara sus opiniones acerca de las distintas cuestiones de importancia para la salud pública, estos cerebros no contaminados podrían opinar desde una posición de altruismo objetivo.

Sin embargo, en el mundo real de hoy en día, con recursos limitados y con sistemas de supervisión imperfectos, necesitamos dar una serie de pasos de carácter repetitivo para conseguir la confianza de la sociedad. Las soluciones inmediatas son la transparencia y la proporcionalidad. Las revistas de medicina, incluyendo la revista cuyo comité editorial presido, están ampliando las definiciones de los intereses que deben ser declarados por los autores y los revisores. Las revistas están empezando a sufrir las consecuencias de la falta de revelación de los conflictos de intereses. Las universidades pueden estar informadas de las grietas de carácter ético, y las revistas de Medicina pueden rechazar la aceptación de los artículos remitidos en el futuro por parte de autores que no declaran sus conflictos de intereses.

Como mínimo, esta creciente transparencia permitirá a los consumidores (profesionales de la Medicina o no) la toma de decisiones más informadas basadas en la fuente de información y sus posibles sesgos.

La proporcionalidad es otro componente importante. Dado el número limitado de expertos existente en la mayor parte de las áreas de la Medicina, incluyendo la Psiquiatría, los organismos gubernamentales, las organizaciones profesionales y la industria privada acuden siempre a los mismos especialistas para solicitar sus servicios de consultoría. Muchos de nosotros actuamos de esta manera y ofrecemos información a solicitantes de muy distinto tipo. En la selección de las personas para constituir sus grupos de trabajo respecto a las directrices de práctica clínica, la American Psychiatric Association establece pautas *mínimas* para evaluar la proporción de las distintas fuentes de ingresos de cada experto, con objeto de determinar la magnitud de las posibles influencias a las que pueda estar sometido. Así, si una pequeña proporción de los ingresos de un profesor se debe a la consultoría a múltiples organismos o empresas, esta situación posiblemente influirá menos en la opinión de este profesional que si el 50 % de sus ingresos procede de una única fuente. Por utilizar uno de los ejemplos propuestos por Giovanni Fava, posiblemente el regalo de una

pizza va a influir menos en la opinión del que la recibe que el regalo de una mansión en la Riviera.

La cuestión de la proporcionalidad también se puede aplicar a las organizaciones. El American College of Neuropsychopharmacology ha decidido recientemente «apretarse el cinturón», reduciendo el presupuesto de sus reuniones anuales y disminuyendo al mismo tiempo su dependencia de la financiación procedente de la industria. Ésta es una decisión consciente y fundamentada en valores que persiguen reducir la sensación y la realidad de la influencia de la industria farmacéutica.

Como médicos y científicos, la estima que tiene hacia nosotros la sociedad está fundamentada en la confianza. Esta confianza se está erosionando, y debemos tomar medidas inmediatas y serias para recuperarla plenamente.

Declaración

El autor de este artículo ha realizado actividades de consultoría para Eli Lilly, Pfizer, Best Practice, Astra Zeneca, Wyeth, Cyberonics, Novartis y Forest. Posee derechos de reserva de acciones en Vela Pharmaceuticals. Es editor de *Journal of Clinical Psychiatry*.

Puntos de vista encontrados acerca de los conflictos de intereses en Medicina

W. WOLFGANG FLEISCHHACKER

Department of Biological Psychiatry, Medical University, Anichstrasse 35, A-6020 Innsbruck, Austria

Me gustaría dividir en dos partes mi comentario sobre el artículo de Giovanni Fava. En primer lugar voy a abordar el estilo y el tono del artículo, y en segundo lugar su contenido.

Como científicos (estoy seguro de que Fava se incluye en esta categoría) deberíamos guiarnos por el principio de *sine ira et studio*. Sin embargo, los comentarios de Fava no cumplen al menos la primera parte de este principio. Entiendo que Fava tiene una opinión bien asentada respecto al problema de los conflictos de intereses, pero creo que habría defendido mejor su posición con un artículo más equilibrado y con menor carga afectiva. La simple repetición de las acusaciones y la realización de insi-

nuaciones no fundamentadas, que en el pasado se han generalizado de manera injusta a todo este campo, lo único que consiguen es poner en peligro la discusión racional del problema: todos los que creemos (y confío en que seamos muchos) que en nuestro campo es necesario abordar de manera activa el problema, podríamos quedar desconcertados y abandonar la discusión del problema. Dado que creo firmemente que necesitamos esta discusión, desde la doble perspectiva de la ética y la integridad científicas –por un lado– y del punto de vista distorsionado que la sociedad tiene de este problema –por otro–, creo que el estilo y el tono de los comentarios de Fava son lamentables.

La edición de 1850 del Webster Dictionary define el concepto de conflicto de intereses como «un conflicto entre los intereses privados y las responsabilidades oficiales de una persona que desempeña una función de confianza» (creo que esta

definición fue citada por Ira Glick en la Reunión del American College of Neuropsychopharmacology de 2006). Esta definición destaca espléndidamente el punto de vista que quiero exponer a continuación, es decir, que el problema va más allá de los intereses económicos, a pesar de que, mayoritariamente, la discusión pública (especialmente en los medios de comunicación) se ha centrado en éstos. Todos nosotros nos enfrentamos de manera regular a conflictos de intereses en nuestras vidas profesionales. Por ejemplo, podemos leer con una actitud más favorable un original que se nos remite para revisión si en él se cita de manera positiva nuestro propio trabajo. Cuando redactamos artículos científicos, podemos mostrar un entusiasmo mayor por citar los datos que apoyan nuestra hipótesis, en comparación con la citación de los datos que la contradicen. Como editores de revistas, podemos tener una voluntad mayor para aceptar un original que quizá incremente el factor de impacto de la revista. Como organizadores de conferencias, podemos tener un interés mayor por las cuestiones que se adaptan a nuestros propios intereses. Como bibliotecarios, ante la opción de agotar el presu-

puesto anual de la biblioteca en la compra de un libro sobre el mismo tema redactado por un amigo o por un extraño, podemos favorecer al amigo. Como clínicos, a la hora de decidirnos entre dos fármacos que tienen una eficacia y un perfil de seguridad similares, podemos recomendar el fabricado por la compañía que nos ha dejado una muestra en el consultorio, y así sucesivamente.

Estos pocos ejemplos relativos a los diversos aspectos del trabajo de un clínico o científico constituyen una lista incompleta de las dificultades éticas que plantea nuestro trabajo cotidiano. Muchas de estas dificultades son bastante más sutiles que los conflictos de intereses económicos, pero su trascendencia es al menos comparable a la de esos conflictos. Además, el control de estos conflictos es considerablemente más difícil que el control de los conflictos económicos, lo que puede ser una de las razones que expliquen el hecho de que son precisamente los vínculos de carácter económico los que se han situado en el centro del debate.

Toda esta cuestión se enfrenta a una serie de dificultades que, en mi opinión, deben ser abordadas por la comunidad científica. A pesar de que las declaraciones de los conflictos de intereses económicos que aparecen en las publicaciones o que se realizan en las reuniones científicas y en otros contextos constituyen una medida útil para incrementar la transparencia, para la consideración de los demás potenciales conflictos de intereses son necesarias medidas adicionales. Estoy conven-

cido de que el concepto de «revisión externa por expertos» (*peer review*), si se aplicara de manera realmente seria, podría ser un elemento importante en la solución de este problema. Esta revisión puede actuar como un instrumento de autocontrol continuado. Tenemos que revitalizar nuestra capacidad de leer entre líneas los originales que revisamos, señalando los posibles conflictos de intereses a los editores de las revistas que los publican, que necesitan estos comentarios como parte de su proceso de toma de decisiones. Los editores de revistas médicas deberían pedir explícitamente a sus revisores que evaluaran los originales bajo esta óptica, así como solicitan la consideración de las normas éticas en los estudios que pasan al proceso de revisión. (Como nota, el «acceso libre a las publicaciones» [*open access publishing*] y la «revisión abierta» [*open peer review*] no facilitarán esta tarea.) Podríamos aplicar normas similares al proceso de revisión de las ayudas económicas y al proceso de constitución de los comités de las reuniones científicas. Es necesario identificar los conflictos de intereses en estos contextos y excluir del proceso de toma de decisiones a los profesionales afectados por ellos.

Algunas sociedades internacionales ya han establecido comités para que elaboren normas acerca de estas cuestiones. Nuevamente, el objetivo debe ir más allá de las relaciones entre los científicos y la industria farmacéutica. Por cierto, estas normas no deben quedar enterradas en las actas de los respectivos comités, sino que

se deben comunicar activamente tanto a los profesionales implicados como a la sociedad en general. Las sociedades profesionales no se deben limitar al establecimiento de normas, sino que también deben proponer medios para la supervisión del grado de cumplimiento de las normas propuestas. No debemos dejar esta importante cuestión en manos de organismos de vigilancia autoelegidos, sino que debemos asumir un papel determinante en función de nuestras responsabilidades hacia el campo profesional y dentro de él.

En la reunión de 2006 del American College of Neuropsychopharmacology, David Braff señaló que «los conflictos de intereses constituyen la puerta de entrada al comportamiento ilícito, no el comportamiento ilícito en sí mismo», y yo querría proponer personalmente mi idea de que nos debemos sentar cerca de la puerta de entrada para comprobar que nadie la atraviesa para perjudicar nuestro campo profesional.

Declaración

El autor de este artículo recibe en la actualidad ayudas económicas de investigación por parte de AstraZeneca, Janssen-Cilag, Pfizer, Sanofi-Aventis y Servier. También ha recibido en épocas anteriores honorarios por consultoría o presentación de conferencias por parte de AstraZeneca, Bristol-Myers Squibb/Otsuka, Janssen-Cilag, Pfizer, Servier y Wyeth.

Conflictos de intereses y credibilidad de las investigaciones en Psiquiatría

STEVEN M. PAUL, MAURICIO TOHEN

Lilly Research Laboratories, Eli Lilly and Company, Indianapolis, IN 46285, USA

La credibilidad de las investigaciones en Psiquiatría ha quedado afectada en los últimos tiempos debido a la existencia de conflictos de intereses económicos, tanto reales como percibidos, los que —además— han sido exageradamente difundidos. Giovanni Fava subraya la gravedad del problema, reconociendo que no es específico de la Psiquiatría, sino que afecta a casi todas las especialidades médicas. De hecho, consideramos que el problema de los conflictos de intereses económicos (y de otro tipo) podría erosionar la credibilidad de

toda la Medicina universitaria si no se aborda de manera adecuada e inmediata. Los conflictos de intereses económicos no se limitan a las investigaciones sobre fármacos, y pueden aparecer en cualquier situación en la que una compañía con ánimo de lucro establece contacto con los grupos de profesores-investigadores o de clínicos. También debemos reconocer que los conflictos de intereses económicos no constituyen los únicos conflictos de intereses que amenazan la credibilidad de la Medicina universitaria. Así, la mayor parte de los escándalos recientemente publicados de conducta científica ilícita y de fraude declarado han estado referidos a otras formas (no económicas) de conflictos de intereses entre investigadores del campo universita-

rio (1). Debido a la complejidad y la amplitud del problema que representan los conflictos de intereses en la Medicina, parece poco probable que éste pueda ser completamente eliminado o que pueda ser fácilmente solucionado. El comentario que ofrecemos a continuación se refiere a los conflictos de intereses en las investigaciones psiquiátricas.

En primer lugar, coincidiendo con Fava, creemos que es absolutamente esencial una transparencia plena que incluya la declaración detallada de cualquier potencial conflicto de intereses. También estamos de acuerdo con Fava en el hecho de que el problema con la «declaración detallada de intereses» es a menudo definir (y, por lo tanto, revelar) lo que constituye exactamente un «conflicto de intereses sustancial». Según nuestra experiencia, la transparencia citada es relativamente habitual en el caso de los científicos que trabajan con la industria, pero a menudo no lo es tanto en el caso de los profesionales que

ejercen en los ámbitos universitarios o gubernamentales. Por ejemplo, el simple listado de la existencia de relaciones de consultoría con la industria por parte de un investigador universitario determinado (p. ej., en una publicación científica), tal como es costumbre en la actualidad, es insuficiente –en nuestra opinión– para decidir si existe o no un conflicto de intereses «económicos» sustancial. Los criterios propuestos por Fava para definir el conflicto de intereses sustancial constituyen un buen comienzo, pero en nuestra experiencia «el pecado (es decir, la intensidad de estas relaciones) siempre está en la letra pequeña». Tal como propusieron Freedman y cols. (2), el ámbito universitario y la industria farmacéutica necesitan establecer sus límites y normas éticas. Nuestra propuesta es que, con objeto de que sean abrazados por los científicos de todo el mundo que trabajan con la industria y los que ejercen en el ámbito universitario, es necesario desarrollar conjuntamente códigos de conducta relativos a las colaboraciones de investigación, de manera que sean aplicados por instituciones de alcance nacional –como el American College of Neuropsychopharmacology– y mundial –como la WPA.

No obstante, es importante que, más allá del apoyo a las iniciativas para desvelar completamente y minimizar los potenciales conflictos de intereses, se deben llevar a cabo esfuerzos para eliminar los sesgos relativos a los investigadores, con independencia de su fuente de financiación, y para verificar de manera independiente los resultados de los estudios de mayor importancia. Rothman (3) propuso que el valor de los resultados de los estudios no debería quedar contaminado por sus fuentes de financiación (ni tampoco por otros conflictos de intereses extraeconómicos obvios), sino que se debería juzgar en función de los métodos utilizados. No queremos argumentar que la investigación financiada por la industria, así como tampoco la investigación financiada por medios públicos, están (o deberían estar), completamente libres de sesgos, sino más bien que la solución no es centrarse sólo en las fuentes de financiación

ni en los potenciales conflictos de intereses. Nos parece más importante, en primer lugar, dirigir los esfuerzos a asegurar que los métodos utilizados en la investigación sean suficientemente sólidos para evitar dichos sesgos. En nuestra abundante experiencia en la realización de estudios de investigación tanto con la industria farmacéutica como con el ámbito universitario, nos han impresionado los métodos y el rigor utilizados para minimizar los sesgos de los investigadores en la mayor parte de los ensayos clínicos financiados por la industria farmacéutica. A diferencia de otras opiniones, la nuestra es que la industria farmacéutica tiene realmente intereses económicos creados para la obtención de datos válidos, fiables y reproducibles acerca de los compuestos que produce, tanto los que están en su fase de desarrollo como los que ya se comercializan. Los resultados de los estudios realizados por la industria farmacéutica son detalladamente analizados por los organismos reguladores de todo el mundo. La insuficiencia de los métodos da lugar a la falta de aprobación de los nuevos productos o a la obligación por parte de las compañías farmacéuticas de efectuar modificaciones, con las consecuencias económicas obvias que ello conlleva.

También creemos que, desde el ámbito universitario, la industria o los organismos públicos, se deberían aumentar los esfuerzos destinados a conseguir una verificación independiente de los resultados obtenidos en los estudios de investigación. Con respecto a los estudios clínicos patrocinados por la industria, los organismos reguladores –como la Food and Drug Administration (FDA) y la European Agency for the Evaluation of Medicinal Products (EMA)– reciben todos los datos pertinentes de los compuestos concretos, y estos datos son analizados a menudo de manera independiente por dichos organismos antes de su revisión y aprobación. Recientemente, compañías como la nuestra (www.lillytrials.com) han creado registros detallados de los ensayos clínicos y sitios Web en los que se recogen de manera sistemática los datos obtenidos en los ensayos clínicos realizados con todos los productos comercializados

(www.clinicalstudyresults.org/home), de manera que puedan ser conocidos fácilmente por cualquiera que lo desee. También apoyamos como principio las iniciativas para la verificación de los datos antes de su publicación en las revistas, con sistemas de revisión externa por expertos, pero –de nuevo– sostenemos que esta verificación debe realizarse con independencia de la fuente de financiación del estudio o de los potenciales conflictos de intereses.

Así, en la misma línea de Fava, también nos preocupa que –si no se aborda de manera decidida– el problema de los conflictos de intereses (económicos y de otro tipo) pueda erosionar de manera completa la credibilidad de las investigaciones psiquiátricas, socavando así la confianza básica que los pacientes tienen en sus médicos y en los tratamientos que les recetan. No obstante, consideramos que las colaboraciones productivas y eficaces entre la industria y el ámbito universitario (así como también entre la industria y la comunidad asistencial y clínica) no sólo son posibles sino que también son absolutamente esenciales para el desarrollo de nuevos productos terapéuticos en Psiquiatría. Por todo ello, es necesario de manera urgente definir más adecuadamente la naturaleza de estas colaboraciones y sus correspondientes límites.

Declaración

Los autores son los únicos responsables del contenido de este comentario, que no debe ser considerado una postura oficial de Eli Lilly and Company.

Bibliografía

1. Horton R. The Cloning Fraud Case is a scientific success story. *The Guardian*, January 13, 2006.
2. Freedman R, Lewis DA, Michels R et al. Conflict of interest, Round 2. *Am J Psychiatry* 2006;163:1481-3.
3. Rothman KJ. The ethics of research sponsorship. *J Clin Epidemiol* 1991;44(Suppl. 1):25s-8s.

Una contrapropuesta para la eliminación de los conflictos de intereses económicos en la Psiquiatría académica

ANDREW A. NIERENBERG

Massachusetts General Hospital, Harvard Medical School, 50 Staniford Street, Boston, MA 02114, USA

Tal como señala Giovanni Fava, el problema que han planteado los conflictos de intereses económicos en la Medicina y, especialmente, en la Psiquiatría, amenaza la credibilidad de los investigadores del con-

texto universitario a los ojos tanto del hombre de la calle como de los médicos clínicos. Fava efectúa una crítica legítima a la industria farmacéutica. Propone que parte de la solución es el establecimiento de un

sistema que facilite la creación de grupos de expertos libres de conflictos de intereses económicos que actúen como árbitros imparciales en la evaluación de la evidencia científica, de una manera desapasionada y objetiva. Así, estos grupos de expertos imparciales podrían elaborar revisiones no contaminadas por los conflictos de intereses y asesorar a otros grupos (organismos públicos, hospitales, otros médicos) que deban tomar decisiones económicas y políticas respecto a los riesgos y beneficios de los tratamientos psiquiátricos.

Las propuestas de Fava tienen un gran mérito. Sería ideal que existiera algún sistema de apoyo a los investigadores médicos carentes de conflictos de intereses, que pudiera proporcionar los servicios mencionados. Además, el llamamiento de Fava para la formación de los profesionales en el reconocimiento de los efectos de los conflictos de intereses y de los sesgos potenciales constituye una medida razonable. Sin embargo, en última instancia, la solución ofrecida podría no tener la utilidad que sugiere Fava. En cierta medida, el problema que plantean los conflictos de intereses pone en el centro de la atención el negocio de la Medicina y de la industria farmacéutica. ¿Es bueno o malo para los pacientes el sistema capitalista centrado en la obtención de beneficios? El centro puesto por la industria farmacéutica en la comercialización de sus productos (y en la colaboración explícita o implícita con expertos en comercialización) ¿es la causa real de los problemas, más que los conflictos de intereses económicos de los profesionales del mundo universitario? Si los expertos deben mantener relaciones con la industria, ¿qué tipo de relación entre los investigadores clínicos y las compañías farmacéuticas sería mejor para los pacientes? ¿Es posible mejorar el desarrollo de los medicamentos mediante la participación de los expertos en este proceso, o quizá el desarrollo de los fármacos sería mejor si fueran excluidos estos expertos, para evitar los conflictos de intereses económicos? Mi opinión personal es que la existencia de una relación mutuamente beneficiosa entre los expertos y la industria, cumpliendo reglas éticas claras, puede ser útil para los pacientes, y que la exclusión de los expertos de este proceso puede dificultar el desarrollo de los medicamentos. Además, creo que los conflictos de intereses extraeconómicos tienen tanta importancia como los conflictos de intereses económicos y que, por lo tanto, también deben ser analizados y abordados.

Escribo estos comentarios como alguien que ha evolucionado desde el rechazo total a cualquier influencia de la industria sobre la práctica clínica (rehusé la oferta de un fonendoscopio gratis por parte de Eli Lilly durante la carrera de Medicina)

hasta una postura de colaboración con la industria farmacéutica, siempre que he considerado que esta colaboración podría beneficiar en última instancia a los pacientes. Creo que mis relaciones con la industria han sido mutuamente beneficiosas y valoro en gran medida las relaciones que he mantenido con las compañías farmacéuticas que producen medicamentos que ayudan a mis pacientes. También creo que, sin la motivación capitalista de la obtención de beneficios por parte de la industria farmacéutica, no tendríamos ningún tratamiento innovador. Son pocos, o ninguno, los tratamientos producidos por los organismos públicos o por otras fuentes distintas de la industria farmacéutica.

Como aspecto positivo, es posible señalar que las compañías farmacéuticas desean, en la mayor medida posible, obtener beneficios a través de la ayuda a los pacientes, y también quieren ayudar a los pacientes al tiempo que consiguen beneficios de manera de poder afrontar la creación de nuevos tratamientos, y repetir así el ciclo. Como aspecto negativo, las compañías farmacéuticas comercializan medicamentos a través de la publicidad directa, los médicos y los simposios de Formación Médica Continuada (FMC), que actúan como una vía de comercialización oculta (o no tan oculta). Me preocupa la posibilidad de que hayamos dejado de lado nuestras responsabilidades en la educación continuada de los posgraduados y que, en vez de ello, hayamos dejado en manos de la industria su financiación. Este tipo de pseudoeducación es criticado con toda justicia por Fava. Me temo que es muy escasa la FMC con financiación independiente, o al menos la FMC que, aunque sea financiada por la industria, incluya «cortafuegos» que la separen de la comercialización. Una de estas formas de FMC con cortafuegos ha sido propuesta por la Massachusetts General Hospital Psychiatry Academy (www.mghcme.org). En el sitio Web señalado, los lectores interesados pueden encontrar la política y las declaraciones de integridad, contemplar algunos de los contenidos y tomar decisiones respecto a la efectividad del cortafuegos. Hay varias compañías farmacéuticas que financian a la Massachusetts General Hospital Psychiatry Academy, pero ninguna de ellas puede influir ni en los contenidos que ofrecen los conferenciantes ni en su selección. No obstante, en relación con este comentario, ¿debo considerar que se genera en mí un conflicto de intereses al citar el sitio Web de la mencionada Academy? Aunque enseñé para esa institución, no obtengo honorarios adicionales por escribir aquí de ella. Ni tampoco se me invita a dar allí más conferencias o clases debido a que yo la cite. Los resultados de cualquier estudio o revisión que yo publi-

que no tienen nada que ver en la invitación que se me hace para enseñar.

¿Sería útil para el desarrollo de los medicamentos la exclusión de algunos expertos de su participación en las relaciones industria-universidad, y podría esta medida constituir una salvaguarda para la industria? Creo que no. La industria necesita la perspectiva de aquellos médicos que mejor conozcan las enfermedades más dignas de interés. ¿Qué relaciones representan un conflicto de intereses aceptable y cuáles de ellas un conflicto de intereses inaceptable? Giovanni Fava propone un conjunto razonable de criterios para definir las fuentes de los conflictos de intereses económicos, pero no está tan claro cuáles de estos conflictos de intereses pueden llevar a los profesionales del contexto universitario a presentar sesgos inaceptables, que los conducirían a minimizar los riesgos y exagerar los efectos beneficiosos de los medicamentos. Un problema más difícil es el de «definir lo que constituye una relación éticamente aceptable y mutuamente beneficiosa entre los profesionales del contexto universitario y la industria». Mi propuesta es que esta relación debe estar fundamentada en un comportamiento ético que, en última instancia, pueda ayudar a los pacientes y evitar cualquier tipo de perjuicio.

No estoy completamente convencido de que la creación de comités de investigadores/profesionales del ámbito universitario independientes y libres por completo de relaciones con la industria resuelva los problemas tan bien definidos por Giovanni Fava. Esta solución podría desplazar el péndulo al otro lado, creando grupos de expertos que presentarían un sesgo negativo hacia la industria y la innovación, sin que existiera ningún mecanismo para conocer, controlar o abordar este sesgo. Sin embargo, la propuesta de Fava para la elaboración de programas formativos profesionales y para el reconocimiento de los conflictos de intereses podría tener un valor práctico, y debería intentarse. La formación específica para el razonamiento crítico respecto a cualquier evidencia y para la detección de cualquier tipo de sesgo, con independencia de su origen, debería formar parte integral de cualquier programa educativo.

Finalmente, los conflictos de intereses extraeconómicos también pueden contaminar las investigaciones y dar lugar a sesgos inaceptables. Estos conflictos de intereses no económicos se relacionan con la promoción de la carrera profesional personal, la promoción universitaria, la fama, la obtención de financiación por parte de compañías distintas de las farmacéuticas, el orgullo, la jerarquía, el poder, el éxito, el prestigio, el reconocimiento y el deseo de evitar las dificultades en el progreso de la investigación (a través de la pertenencia a los comités de revisión institucionales) (1-3). Foster advierte que «se espera de nosotros

que mantengamos un compromiso importante de servicio hacia los demás, más que el deseo de obtener ganancias personales» (2). No obstante, este autor también define las diferentes actividades que pueden dar lugar al extravío de los médicos, desde la más humana de las motivaciones: la recompensa; además, señala que «la tensión entre el altruismo y el interés propio es inevitable». Por su parte, Korn advierte que «los que proponen nuevos métodos para eliminar los conflictos de intereses económicos en las investigaciones biomédicas universitarias deberían tener cuidado de que, en su celo para recrear un estado idealizado de virtud en el que ya no existan los conflictos de intereses, impidan el desarrollo de mecanismos que hasta el momento han dado lugar a beneficios sociales inmensos» (3).

La posibilidad de que se puedan crear grupos de expertos libres de conflictos de intereses económicos y extraeconómicos probablemente sea irreal. Posiblemente

también sea irreal, aunque debería ser un objetivo, que los investigadores universitarios se esfuercen para conseguir un comportamiento lo más ético posible, en sus relaciones con la industria, intentando minimizar al mismo tiempo todo tipo de sesgos. Quizá, la solución al problema de los conflictos de intereses se sitúe en el punto medio entre la postura de Fava y la postura que yo propongo en este comentario: el apoyo parcial hacia los expertos por parte de fuentes económicas imparciales, con una supervisión externa también constituida por expertos, incluso de las actividades que pudieran lejanamente presentar sesgos a consecuencia de los conflictos de intereses.

Declaración

El autor de este artículo ha ofrecido consultoría científica a Eli Lilly, Genaissance,

GlaxoSmithKline, Innapharma, Sepracor, Shire, Novartis, Cephalon, Abbott, Pfizer y Brain Cells, Inc. Ha recibido financiación para estudios de investigación por parte de Bristol-Myers Squibb, Cederroth, Cyberonics, Forest Pharmaceuticals, Janssen Pharmaceutica, Lichtwer Pharma y Pfizer, y también financiación para estudios de investigación y honorarios por parte de Eli Lilly, GlaxoSmithKline y Wyeth-Ayerst Laboratories.

Bibliografía

1. Levinsky NG. Nonfinancial conflicts of interest in research. *N Eng J Med* 2002; 347:759-61.
2. Foster RS. Conflicts of interest: recognition, disclosure, and management. *J Am Coll Surg* 2003;196:505-17.
3. Korn D. Conflicts of interest in biomedical research. *JAMA* 2000;284:2234.

¿Cuál es el impacto de los conflictos de intereses económicos sobre el desarrollo de la Psiquiatría?

ANDRÉS HEERLEIN

Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Av. La Paz 1003, Santiago, Chile

Durante los últimos años, la relación entre las compañías farmacéuticas y la Psiquiatría ha recibido una atención cada vez mayor por parte de médicos, científicos y medios de comunicación. Algunos autores sostienen que esta relación da lugar a una influencia negativa sobre la práctica clínica y sobre la educación médica, amenazando el desarrollo objetivo e independiente de las ciencias relacionadas con la salud mental. Según esta postura, los psiquiatras deberían evitar o minimizar la interacción con las compañías farmacéuticas (1, 2). Por otra parte, algunos destacados profesionales han señalado que la existencia de una relación intensa entre los médicos y la industria farmacéutica es necesaria y beneficiosa, y que cualquier influencia comercial mediada a través de esta relación no lesiona necesariamente de manera significativa el futuro de la Psiquiatría (3, 4).

Durante los últimos años se han planteado dudas importantes acerca de la fiabilidad de los resultados obtenidos en los en-

sayos clínicos. En un estudio efectuado por Perlis y cols. (5) sobre 162 ensayos clínicos realizados con asignación aleatoria, controlado por placebo y con doble enmascaramiento, los ensayos clínicos en los que existían conflictos de intereses potenciales tuvieron una probabilidad 4,9 veces mayor de ofrecer resultados positivos; esta asociación sólo fue significativa en el subgrupo de estudios financiados por la industria farmacéutica. También se han expresado dudas acerca de las tácticas de promoción de ventas utilizadas por la industria para presentar los resultados de estos estudios. Los investigadores médicos han intentado abordar este problema a través de la propuesta de medidas como la introducción de un registro de ensayos clínicos. Sin embargo, en varios estudios se ha demostrado que estas medidas son insuficientes y que es necesaria una reforma más radical de la normativa que regula los ensayos clínicos.

También se ha detectado la existencia de conflictos de intereses en la elaboración de las directrices de práctica clínica y en la definición y clasificación de las entidades diagnósticas. Se ha señalado que un porcentaje importante de los miembros del panel del DSM-IV tenía vinculaciones económicas con la industria farmacéutica (6). En cuanto

a las directrices de práctica clínica, en una comparación reciente de distintos metaanálisis se llegó a la conclusión de que «las revisiones relativas a los medicamentos financiados por la industria farmacéutica deben ser leídas con precaución, debido a que, en comparación con las revisiones Cochrane, son menos transparentes, plantean pocas dudas acerca de las limitaciones metodológicas de los ensayos clínicos incluidos y ofrecen conclusiones más favorables» (7). En una revista científica importante se ha introducido recientemente el concepto de «enfermedad patrocinada por las corporaciones», a través del cual se sugiere que las compañías farmacéuticas (con la colaboración de los médicos) están incrementando el número de recetas de ciertos agentes psicotrópicos frente a enfermedades prefabricadas (8).

Según algunas fuentes, al menos el 10 % de los médicos europeos y estadounidenses mantiene una relación estrecha con las compañías farmacéuticas (9). En América Latina este porcentaje podría ser incluso mayor. A lo largo del último decenio, las compañías farmacéuticas multinacionales han creado vínculos estrechos con organizaciones privadas locales de investigación, con el objetivo de realizar ensayos clínicos medicamentosos multicéntricos con los investigadores locales. En la mayor parte de los casos, las instituciones que patrocinan estos estudios son las propietarias de los datos.

En Chile, las principales sociedades científicas médicas han propuesto directrices formales para un mayor control de los conflictos de intereses (10). Sin embargo, la limitada concienciación del problema y las es-

trategias de comercialización aplicadas por la industria no ayudan a este objetivo, de manera que, en la práctica, la declaración de los conflictos de intereses no ha tenido una difusión importante. Por ello, para avanzar en el control de los conflictos de intereses, es altamente recomendable una colaboración a escala mundial entre organizaciones internacionales, como la WPA y la Organización Mundial de la Salud, y las organizaciones nacionales y locales.

Tal como señaló Helmchen (11), una de las premisas de la intervención psiquiátrica es la confianza del paciente en su terapeuta, en sus conocimientos y en su fundamento científico. Nuestros pacientes no pueden perder esta confianza. Si así ocurriera, desaparecería el papel del psiquiatra tal como se lo conoce hoy en día. Es necesario, de manera urgente, el esfuerzo de la comunidad psiquiátrica internacional, a fin de redefinir su relación con la industria farmacéutica.

Las compañías farmacéuticas pueden tener una utilidad considerable para el de-

sarrollo de nuestra profesión, pero sólo si aprendemos a dirigir esta colaboración sin compromisos ni dependencias, teniendo en cuenta en todo momento nuestros fundamentos éticos y respetando siempre el interés de nuestros pacientes por encima del cualquier otro tipo de interés.

World Psychiatry 2007; 5:25-37

Bibliografía

1. Timimi S. Psychiatry has effectively become a commodity that is being sold to the drug industry. *Mental Health Today*, June 21, 2005.
2. Fava GA. A different medicine is possible. *Psychother Psychosom* 2006;75:1-3.
3. Healy D, Thase ME. Is academic psychiatry for sale? *Br J Psychiatry* 2003;182:388-90.
4. Malhi G. Comment on: Partnerships between academic psychiatry and the pharmaceutical industry. *Australasian Psychiatry* 2004;12:225-6.
5. Perlis RH, Perlis CS, Wu Y et al. Industry sponsorship and financial conflict of interest in the reporting of clinical trials in psychiatry. *Am J Psychiatry* 2005;162:1957-60.
6. Cosgrove L, Krimski S, Vijayaraghvan M et al. Financial ties between DSM-IV panel members and the pharmaceutical industry. *Psychother Psychosom* 2006;75:154-60.
7. Jorgensen AW, Hilden J, Gotsche PC. Cochrane reviews compared with industry supported meta-analyses and other meta-analyses of the same drugs: systematic review. *Ugeskr Laeger* 2006;168:4218-20.
8. Topol EJ, Blumenthal D. Physicians and the investment industry. *JAMA* 2005;293:2654-7.
9. Editorial. Don't buy it. Corporate-sponsored disease is a triumph of marketing over science. *New Scientist*, April 15-22, 2006.
10. Nogales-Gaete J, Tage P, Godoy J et al. Conflicto de interés: una reflexión impostergable. *Panel del comité editorial. Rev Chil Neuro-psiquiat* 2004;42:9-21.
11. Helmchen H. Psychiatrists and the pharmaceutical industry. *Nervenarzt* 2003;74:955-64.

El cociente intelectual premórbido varía según las diferentes definiciones de la esquizofrenia

ANNICK URFER PARNAS¹, LENNART JANSSON¹, PETER HANDEST¹, JAN NIELSEN²,
DITTE SÆBYE^{3,4}, JOSEF PARNAS^{1,4}

¹Cognitive Research Unit, University Department of Psychiatry, Hvidovre Hospital, DK-2650 Hvidovre; ²Institute of Psychology, University of Copenhagen; ³Institute of Preventive Medicine, University of Copenhagen; ⁴Center for Subjectivity Research, University of Copenhagen, Dinamarca

La naturaleza de la asociación entre el cociente intelectual (CI) y la esquizofrenia todavía no ha sido aclarada. Hasta el momento no se ha efectuado ningún estudio que aborde esta cuestión en relación con las diferentes definiciones del concepto de esquizofrenia. Nuestro grupo ha evaluado el CI premórbido a través de un estudio polidiagnóstico en el que se han utilizado cuatro clasificaciones de la esquizofrenia: CIE-8/9, CIE-10, St. Louis y Flexible System-Wide. Únicamente los pacientes con esquizofrenia según los criterios de la CIE-10 presentaron un CI premórbido significativamente bajo. Se detectaron diferencias notables entre los cuatro sistemas evaluados, así como también entre los subtipos paranoide y no paranoide de la esquizofrenia según los criterios de la CIE-10. La evaluación de las características diagnósticas clave de la esquizofrenia en relación con el CI demostró la existencia de asociaciones entre el CI premórbido bajo y la aparición de alucinaciones y de síntomas negativos. La conclusión es que el CI premórbido presenta variaciones según las distintas definiciones de la esquizofrenia.

Palabras clave: esquizofrenia, CI premórbido, estudio polidiagnóstico, alucinaciones, síntomas negativos

La Psiquiatría y la psicología ya manifestaron, desde su nacimiento en el siglo XIX, un interés evidente por la capacidad intelectual de los pacientes psicóticos. Kraepelin, E. Bleuler, Jung y otros psiquiatras efectuaron estudios neuropsicológicos en pacientes con esquizofrenia (memoria, tiempo de reacción, estimulación visual), sin alcanzar resultados definitivos (1, 2).

Hoy en día se acepta que muchos de los pacientes que presentan esquizofrenia, pero no todos, sufren déficit cognitivos (3, 4). La determinación del cociente de inteligencia (CI) es básica, para evaluar el «impulso cognitivo» de una persona (5). El término de «cociente de inteligencia» no se refiere a ninguna función mental modal específica, sino a una capacidad cognitiva general, predictiva de los logros educativos y de la actividad social (6). En estudios epidemiológicos de gran envergadura (7, 8) se ha demostrado que el CI premórbido bajo es un factor de riesgo para la esquizofrenia, si bien de intensidad débil. La naturaleza de esta asociación no ha sido aclarada y se considera una parte del problema más general de la relación existente entre los síntomas psiquiátricos y la cognición.

La relación entre los síntomas y la cognición en la esquizofrenia no es constante, a través de los distintos estudios que se han efectuado al respecto. En algunos estudios, pero no en todos, se ha hallado una débil correlación entre la disfunción cognitiva y los síntomas negativos y de desorganización ($R = 0,2-0,3$) (9-12). Un problema que aún no ha sido abordado es la posible relación existente entre los límites diagnósticos de la esquizofrenia y el CI. Por ello, nuestro grupo ha utilizado los datos obtenidos en un estudio polidiagnóstico (13) para evaluar el CI premórbido en la esquizofrenia diagnosticada a través de cuatro conjuntos diferentes de criterios, así como para analizar las correlaciones entre el CI y los criterios diagnósticos.

MÉTODOS

El grupo de participantes estuvo constituido por 155 personas menores de 40 años de edad que habían sido hospitalizadas por primera vez de manera consecutiva en el departamento de Psiquiatría del Hvidovre Hospital, cuya área de influencia se corresponde con la ciudad de Copenhague, entre el 1 de septiembre de 1998 y el 1 de septiembre de 2000. Los criterios de exclusión fueron el padecimiento de trastorno bipolar, depresión melancólica, trastornos orgánicos y cuadros graves de abuso de sustancias. En todos los pacientes se realizó una entrevista de 3-5 horas por parte

de un psiquiatra experimentado (PH), en la que se llevó a cabo la aplicación de las siguientes escalas: Operational Criteria Checklist (OPCRIT), Bonn Scale for the Assessment of Basic Symptoms (BSABS), Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS), Global Assessment of Functioning (GAF) y Global Assessment Scale (GAS). Tres clínicos experimentados (PH, LJ, JP) aplicaron una lista de comprobación que incluía los ítems requeridos por diversos conjuntos de criterios diagnósticos de esquizofrenia. Los diagnósticos de esquizofrenia se obtuvieron a través de algoritmos computarizados desarrollados para cada sistema según sus propios criterios operativos. Los detalles metodológicos del estudio ya han sido publicados (13).

Un psicólogo clínico (JN) evaluó la inteligencia premórbida mediante el Danish Adult Reading Test (DART). Este test consiste en la lectura en voz alta de una lista de 50 palabras únicas y cortas cuya pronunciación es irregular, de manera que para pronunciarlas correctamente son necesarios recursos semántico-léxicos, y ha sido validado adecuadamente también para la investigación de la esquizofrenia (14-16).

En los análisis fueron excluidos 24 pacientes distribuidos a través de todos los grupos diagnósticos, debido a que su lengua materna no era la danesa, lo que redujo el grupo de estudio a 131 personas.

De los nueve sistemas polidiagnósticos estudiados originalmente (13), para el objetivo de nuestro estudio se seleccionaron cuatro definiciones de la esquizofrenia, a las que consideramos representativas de una amplia gama de perspectivas: los criterios St. Louis (17) (de carácter conservador, considerados a menudo como los «criterios de referencia»); el sistema flexible (Flexible System-Wide) (18) (un sistema bastante detallado que representa el único abordaje auténticamente politético); la CIE-8/9 (que refleja en parte la concepción de Bleuler acerca de la esquizofrenia, utilizada en Europa antes de la introducción de la CIE-10), y la CIE-10 (seleccionada como una definición operativa contemporánea de gran concordancia con el DSM-IV en este grupo específico de pacientes; índice $\kappa = 0,82$) (13).

RESULTADOS

En el grupo de 131 participantes, 84 pacientes recibieron el diagnóstico de esquizofrenia a través de al menos uno de los cuatro sistemas diagnósticos seleccionados. Los pacientes con esquizofrenia (excepto los diagnosticados mediante el sistema fle-

xible) presentaron una puntuación en el DART inferior al resto de los participantes. Con respecto a la CIE-10, esta diferencia fue estadísticamente significativa (fig. 1 y tabla 1).

Los pacientes con el subtipo paranoide según los criterios de la CIE-10 presentaron una puntuación en el DART (media = 38,83) superior a la de los pacientes con un subtipo distinto del paranoide (media = 34,36), pero esta diferencia no tuvo significación estadística.

En la figura 1 queda claro que los distintos subgrupos de las subcategorías diagnósticas son demasiado pequeños para efectuar un análisis estadístico. No obstante, es interesante el hecho de que 21 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia según los cuatro sistemas diagnósticos presentaron en el DART una puntuación media muy baja (aunque no la más baja obtenida en el estudio).

Se evaluaron los coeficientes de correlación de Pearson en toda la muestra entre las puntuaciones DART y los principales criterios individuales de las cuatro definiciones diagnósticas. Cada vez que la correlación alcanzó significación estadística, se volvió a evaluar la diferencia en el DART entre todos los pacientes que habían presentado una puntuación positiva en ese criterio diagnóstico y los pacientes que no habían presentado puntuación positiva, con un valor *p* correspondiente a una prueba no paramétrica de Wilcoxon. Se observaron diferencias significativas en los criterios «alucinaciones» y «ausencia de afección orgánica», que aparecen en los criterios de la CIE-8/9, de la CIE-10 y del St. Louis: los pacientes «sin afección orgánica» y sin alucinaciones presentaron CI premórbidos superiores a los correspondientes al resto

de los participantes (tabla 2). Es interesante destacar que el sistema flexible, entre cuyos criterios no se incluyen las alucinaciones, dio lugar a la puntuación DART media más elevada, y que los pacientes cuyo diagnóstico de esquizofrenia sólo se estableció a través del sistema flexible (13 pacientes) fueron los que mostraron una puntuación DART media mayor (fig. 1).

Los criterios «síntomas negativos» e «incapacidad para afrontar las exigencias habituales de la vida», de la CIE-10, se acercaron a la significación estadística. El criterio «tangencialidad», fue el segundo (y último) criterio del sistema St. Louis asociado significativamente a un CI bajo.

Las puntuaciones bajas en el DART se relacionaron significativamente con el nivel educativo bajo ($p < 0,001$) y con la existencia de problemas de aprendizaje o comportamiento durante la etapa de edad preescolar (35,5 frente a 38,9 para el resto de la muestra; $p = 0,017$), un ítem valorado a través de la información histórica obtenida de distintas fuentes, mientras que la relación con el ajuste laboral premórbido bajo se aproximó a la significación estadística ($p = 0,062$), al tiempo que no se detectó ninguna asociación entre el sexo y el CI. Tras la corrección de Bonferroni, sólo mantuvo la significación estadística la relación con el nivel educativo.

Las puntuaciones DART fueron inferiores entre los pacientes con dificultades de aprendizaje o conducta en sus primeros años de vida (tal como el retraso de los hitos del desarrollo) y significativos problemas de conducta o del desarrollo), con ajuste respecto al diagnóstico. El efecto de esta interacción fue significativo para la categoría de la CIE-10 de esquizofrenia no paranoide ($p = 0,02$), mientras que no lo fue para la categoría de esquizofrenia paranoide ($p = 0,49$).

No se detectaron asociaciones significativas entre el DART y los antecedentes familiares de esquizofrenia, la edad del paciente en el momento en el que tuvo su primer contacto con el sistema terapéutico, la duración de los síntomas o la duración de la psicosis no tratada.

DISCUSIÓN

En primer lugar, es apropiado considerar los aspectos metodológicos de este estudio, el desequilibrio entre el tamaño de la muestra y el detalle psicopatológico. Es evidente que el limitado tamaño de la muestra podría haber dado lugar a un error de tipo II, oscureciendo asociaciones reales. Por otra parte, la muestra fue evaluada muy minuciosamente desde el punto de vista psicopatológico, a través de una entrevista muy concienzuda y de una valoración fiable de los criterios diagnósticos específicos.

Los resultados obtenidos en nuestro estudio demuestran que sólo se asocian a un CI bajo algunas definiciones diagnósticas de la esquizofrenia. Se observó un CI premórbido alto en los pacientes en los que el diagnóstico de esquizofrenia se realizó a través de definiciones genéricas, que detectan a un número elevado de pacientes con esquizofrenia (CIE-8/9 y el sistema flexible). De

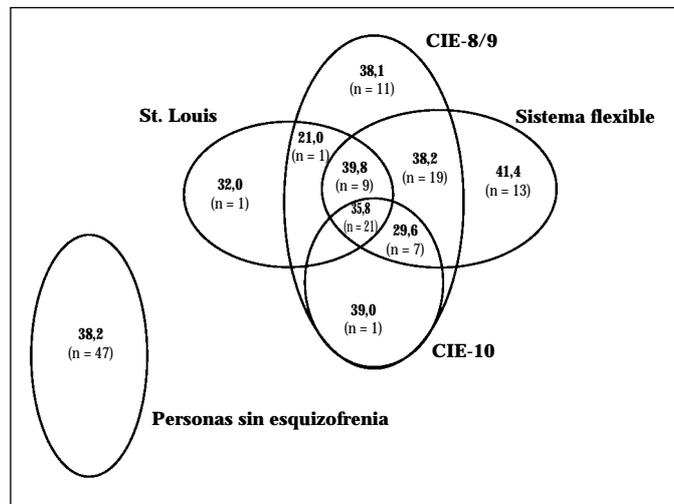


Figura 1. Puntuaciones medias en el Danish Adult Reading Test (DART) en pacientes que cumplen los criterios de distintas definiciones de la esquizofrenia, y en personas sin esquizofrenia.

Tabla 1. Puntuaciones medias en el Danish Adult Reading Test en pacientes con esquizofrenia y sin dicho trastorno, en función de los criterios diagnósticos de cuatro sistemas distintos

Diagnóstico	Personas con esquizofrenia			Personas sin esquizofrenia			<i>p</i> bilateral*
	N	Media	DE	N	Media	DE	
CIE-8/9	70	36,37	7,92	61	38,7	6,37	0,060
Sistema flexible	69	37,39	7,64	62	37,58	6,98	0,882
Criterios St. Louis	33	35,97	8,04	98	37,99	7,01	0,166
CIE-10	30	34,07	9,43	101	38,50	6,25	0,003

*Valor *p* correspondiente a un análisis paramétrico de medias iguales en los dos grupos, confirmado a través de la prueba no paramétrica de Mann-Whitney.

Tabla 2. Puntuaciones medias en el Danish Adult Reading Test en pacientes con puntuaciones negativas y positivas en los ítems individuales de las diferentes definiciones de la esquizofrenia

Ítems	Presente			No presente			p
	N	Media	DE	N	Media	DE	
Trastorno formal del razonamiento (CIE-8/9, CIE-10, St. Louis)	104	37,8	6,6	27	36,3	9,7	0,835
Alteración básica de la personalidad (CIE-8/9)	73	38,2	5,8	58	36,6	8,8	0,610
Tangencialidad (St. Louis)	107	38,2	6,7	24	34,9	9,1	0,051
Aplanamiento o embotamiento afectivo (CIE-8/9, CIE-10, sistema flexible)	78	37,8	7,0	53	36,9	7,8	0,568
Autismo (CIE-8/9)	77	38,1	6,1	54	36,5	8,8	0,483
Alteración de la percepción (CIE-8/9)	22	41,0	5,6	109	36,8	7,4	0,007
Alucinaciones (CIE-8/9)	69	39,2	5,9	62	35,6	8,2	0,012
Alucinaciones sin perplejidad o desorientación significativas asociadas a ellas (St. Louis)	70	39,2	5,9	61	35,5	8,3	0,008
Alucinaciones persistentes de cualquier modalidad, diariamente durante semanas o meses (CIE-10)	110	38,2	6,6	21	33,8	9,6	0,045
Ideas delirantes bizarras (CIE-8/9, CIE-10, sistema flexible)	113	37,7	6,9	18	36,1	9,6	0,794
Ideas delirantes de control, influencia o pasividad (CIE-8/9)	121	37,8	6,9	10	33,8	11,0	0,270
Transmisión de pensamientos (CIE-10, sistema flexible)	120	37,7	6,9	11	34,7	10,7	0,544
Catatonía (CIE-8/9, CIE-10)	125	37,5	7,2	6	36,8	10,2	0,783
Síntomas negativos (CIE-10)	25	39,3	7,0	106	37,1	7,3	0,094
Incapacidad para abordar las exigencias de la vida cotidiana (CIE-8/9, CIE-10)	37	39,4	5,8	94	36,7	7,7	0,089
Retraimiento social (CIE-8/9, CIE-10)	50	38,2	6,8	81	37,0	7,6	0,420
El trastorno no es atribuible a una enfermedad cerebral orgánica ni a cuadros de abuso del alcohol o de sustancias (CIE-8/9, CIE-10)	10	31,2	9,5	121	38,0	6,9	0,023

bido a que la CIE-10 detectó a un número menor de pacientes con esquizofrenia, puede considerarse como el sistema más restrictivo, que favorece la selección de los pacientes de mayor cronicidad y con un menor CI.

En nuestro estudio sólo presentaron relación con la inteligencia premórbida unas pocas variables psicopatológicas. En primer lugar, se observó que las alucinaciones se relacionaron con un CI bajo. En congruencia con esta asociación, el sistema flexible (entre cuyos criterios no están las alucinaciones) definió el subgrupo de pacientes con el CI premórbido medio mayor. Estos resultados fueron inesperados, pero son congruentes con los obtenidos en un estudio realizado con diseño adecuado por Johnson y Miller (19). Entre los 101 pacientes con esquizofrenia, los que presentaban alucinaciones auditivas mostraron una puntuación significativamente menor en una batería de tests de inteligencia aplicada en una se-

sión de reclutamiento militar. Esta asociación no quedó explicada por factores del contexto social, por el subtipo de la esquizofrenia ni por el período de tiempo transcurrido entre la sesión de llamada a filas y la hospitalización. La conclusión de Johnson y Miller (19) fue que el CI bajo puede reflejar una predisposición cognitiva a la aparición de alucinaciones auditivas en la esquizofrenia.

En segundo lugar, en nuestro estudio se detectó una asociación próxima a la significación estadística entre el CI premórbido bajo y los síntomas negativos, lo que es congruente con algunos datos empíricos (aunque no con todos) (20, 21). Es frecuente invocar la existencia de un vínculo común con la «afección orgánica» en las situaciones de CI bajo y de síntomas negativos (22). Podemos interpretar de la misma manera la correlación observada entre las puntuaciones DART, por un lado, y el nivel educativo y los problemas de aprendizaje y conducta en las fases tempranas de la vida, por

otro (más pronunciados en la esquizofrenia no paranoide): estas variables pueden indicar la existencia de una «aberración del neurodesarrollo» común, un término que probablemente implica la existencia de diversos procesos epigenéticos. El CI y el nivel educativo actúan en este caso como índices genéricos de las alteraciones del desarrollo en el organismo y en el ambiente. Es evidente que la idea de una patogenia del neurodesarrollo en la esquizofrenia hace que las distinciones conceptuales habituales entre las características premórbidas de la enfermedad y las correspondientes a la fase plena sean mucho más complejas, borrosas y ambiguas (23).

En la bibliografía actual se propugna con frecuencia que las disfunciones cognitivas son «las características centrales de la esquizofrenia» (24, 25). Sin embargo, es difícil aceptar este concepto, debido a que no hay características cognitivas específicas y estables en la esquizofrenia, sino únicamente patrones variables de diferencias de grupo con correlaciones muy ligeras entre los parámetros cognitivos y los síntomas. Tal como se demuestra en nuestro estudio, la relación entre el CI y la esquizofrenia no es independiente de los criterios diagnósticos. Según han subrayado varios autores (24, 25), los pacientes que sufren esquizofrenia muestran toda la gama de cocientes de inteligencia, y «la alteración cognitiva premórbida no es una condición necesaria para el desarrollo de la esquizofrenia» (28).

World Psychiatry 2007; 5:38-41

Bibliografía

- Kraepelin E. Dementia praecox and paraphrenia. Edinburgh: Livingstone, 1919.
- Bleuler E. Dementia praecox or the group of schizophrenias. New York: International Universities Press, 1911.
- Holthausen EA, Wiersma D, Sitskoorn MM et al. Schizophrenic patients without neuropsychological deficits: subgroup, disease severity or cognitive compensation? *Psychiatry Res* 2002;112:1-11.
- Palmer B, Heaton K, Paulsen JS et al. Is it possible to be schizophrenic yet neuropsychologically normal? *Neuropsychology* 1997; 11:437-46.
- Aylward E, Walker E, Bettles B. Intelligence in schizophrenia: meta-analysis of the research. *Schizophr Bull* 1984;10:430-59.
- Lezak MD. IQ: RIP. *J Clin Exp Neuropsychol* 1988;10:351-61.
- David AS, Malmberg A, Brandt L et al. IQ and risk for schizophrenia: a population-based cohort study. *Psychol Med* 1997;27: 1311-23.
- Reichenberg A, Weiser M, Caspi A et al. Premorbid intellectual functioning and risk of schizophrenia and spectrum disorders. *J Clin Exp Neuropsychol* 2006;28:193-207.
- Bell MD, Mishara AL. Does negative symptom change relate to neurocognitive change in schizophrenia? Implications for targeted treatments. *Schizophr Res* 2006;81:17-27.
- Harvey Philip D, Koren D, Reichenberg A et al. Negative symptoms and cognitive deficits: what is the nature of their relationship? *Schizophr Bull* 2006;32:250-8.
- Hughes C, Kumari V, Soni W et al. Longitudinal study of symptoms and cognitive function in chronic schizophrenia. *Schizophr Res* 2003;59:137-46.
- Lucas S, Fitzgerald D, Redoblado-Hodge MA et al. Neuropsychological correlates of symptom profiles in first episode schizophrenia. *Schizophr Res* 2004;71:323-30.
- Jansson L, Handest P, Nielsen J et al. Exploring boundaries of schizophrenia: a comparison of ICD-10 with other diagnostic systems in first-admitted patients. *World Psychiatry* 2002;1:109-14.
- Crawford JR, Besson JA, Bremner M et al. Estimation of premorbid intelligence in schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1992;161:69-74.
- Dalsgaard I. Danish Adult Reading Test (DART). Item analyse og analyse af interscorer reliabilitet mhp revision. Unpublished paper, 1998.
- Nelson HE, McKenna P. The use of current reading ability in the assessment of dementia. *Br J Soc Clin Psychol* 1975;14:259-67.
- Feighner JP, Robins E, Guze SB et al. Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Arch Gen Psychiatry* 1972;26:57-63.
- Carpenter WT, Strauss JS, Bartko JJ. Flexible system for the diagnosis of schizophrenia: report from the WHO International Pilot Study of Schizophrenia. *Science* 1973;182:1275-8.
- Johnson RL, Miller MD. Auditory hallucinations and intellectual deficit. *Psychiatry Res* 1965;3:37-41.
- Addington J, Addington D, Maticka-Tyndale E et al. Cognitive functioning and positive and negative symptoms in schizophrenia. *Schizophr Res* 1991;5:123-34.
- O'Leary DS, Flaum M, Kesler M et al. Cognitive correlates of the negative, disorganized, and psychotic symptom dimensions of schizophrenia. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2000;1:24-5.
- Tosato S, Dazzan P. The psychopathology of schizophrenia and the presence of neurological soft signs: a review. *Curr Opin Psychiatry* 2005;18:285-8.
- Church SM, Cotter D, Bramon E et al. Does schizophrenia result from a developmental or degenerative process? *J Neural Transm* 2002;63(Suppl.):129-47.
- Mohamed S, Paulsen JS, O'Leary D et al. Generalized cognitive deficits in schizophrenia: a study of first-episode patients. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56:749-54.
- Weickert TW, Goldberg TE, Gold JM et al. Cognitive impairments in patients with schizophrenia displaying preserved and compromised intellect. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57:907-13.
- Reichenberg A, Weiser M, Rapp MA et al. Elaboration on premorbid intellectual performance in schizophrenia: premorbid intellectual decline and risk for schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62:1297-304.
- Zammit S, Allebeck P, David AS et al. A longitudinal study of premorbid IQ score and risk for developing schizophrenia, bipolar disorder, severe depression, and other non-affective psychoses. *Arch Gen Psychiatry* 2004;61:354-60.
- David AS. Intelligence and schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 1999;100:1-2.

Rentabilidad económica de un conjunto básico de intervenciones para el tratamiento de los trastornos mentales en Nigeria

OYE GUREJE¹, DAN CHISHOLM², LOLA KOLA¹, VICTOR LASEBIKAN¹, SHEKHAR SAXENA²

¹Department of Psychiatry, University College Hospital, PMB 5116, Ibadan, Nigeria

²Department of Mental Health and Substance Abuse, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza

Este estudio ha sido realizado con el objetivo de determinar la rentabilidad económica de la aplicación de un conjunto seleccionado de intervenciones para abordar los trastornos psiquiátricos más frecuentes en un país en vías de desarrollo. Para ello, se aplicó en Nigeria un enfoque sectorial del análisis de la rentabilidad económica desarrollado por la Organización Mundial de la Salud en relación con la depresión, la esquizofrenia, la epilepsia y el abuso del alcohol. El criterio de valoración fue el número de años de vida ajustados por discapacidad (DALY). Se observó que la intervención de mayor rentabilidad económica frente a la esquizofrenia fue un tratamiento de base comunitaria consistente en administración de antipsicóticos antiguos más la aplicación de medidas de apoyo psicosocial y orientación terapéutica personalizada. Las intervenciones de mayor rentabilidad económica frente a la depresión, la epilepsia y los trastornos relacionados con el alcohol fueron los anti-depresivos antiguos (efectuando o no una orientación terapéutica personalizada en primaria), la administración de antiepilépticos antiguos en Atención Primaria, y el uso aleatorio de la prueba de determinación de la alcoholemia en los conductores, respectivamente. Aplicadas conjuntamente, estas intervenciones seleccionadas dan lugar a un año extra de vida sana con un coste inferior a 320 dólares estadounidenses, lo que representa la renta per capita media en Nigeria.

Palabras clave: trastornos neuropsiquiátricos, rentabilidad económica, intervenciones, Nigeria

Los trastornos mentales influyen de manera decisiva en las personas, las familias y los grupos sociales o comunitarios. En estudios de investigación epidemiológica publicados recientemente ha quedado en evidencia el enorme problema que representan estas enfermedades en todo el mundo, un problema que en épocas anteriores ha sido infraestimado (1). Las enfermedades mentales afectan aproximadamente al 25 % de todas las personas a lo largo de su vida, con una prevalencia similar en varones y mujeres (2, 3). A pesar de que generalmente no son mortales, los trastornos mentales y neurológicos se acompañan de grados importantes de discapacidad. Además de que afectan a múltiples aspectos de la actividad, estos trastornos se inician con frecuencia en las primeras etapas de la vida y a menudo no son tratados. En los casos en los que se administra tratamiento, éste suele ser inadecuado (4). En conjunto, los trastornos neuropsiquiátricos representan no menos del 12,3 % de la carga global de enfermedad, evaluada por los años de vida ajustados por discapacidad (*disability adjusted life years*, DALY). La proporción de esta carga global que se puede atribuir a los trastornos mentales varía en los distintos países desarrollados; en los países africanos, debido principalmente a la desproporcionada importancia de las enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales (el 70-75 %, en comparación con el 5 % en los países desarrollados) (5), el problema constituido por los trastornos neuropsiquiátricos muestra una reducción proporcional.

En Nigeria, los datos procedentes del ámbito de la atención sanitaria general indican que aproximadamente el 10 % de todas las personas adultas atendidas cumple criterios de la CIE-10 correspondientes a algún trastorno psiquiátrico bien definido (los más frecuentes: depresión mayor, trastornos de ansiedad, trastornos somatomorfos, distimia y abuso del alcohol) (4). La proporción de pacientes con dificultades psicológicas significativas que no cumplen los criterios de un trastorno psiquiátrico específico puede ser incluso mayor; en un estudio, esta proporción fue del 25 % (6). En un estudio comunitario de gran envergadura efectuado recientemente, se señaló que aproximadamente 45 de cada 1.000 personas del ámbito comunitario experimentan al menos un episodio de depresión a lo largo de su vida, y que en alrededor de 12 de estas personas el episodio depresivo tiene lugar durante los 12 meses previos (7). Por otra parte, en este estudio 65 de cada 1.000 varones presentaron un trastorno relacionado con sustancias a lo largo de su vida.

A pesar de la existencia de una estrategia nacional de salud mental en Nigeria (8) y de la prevalencia bien documentada de los tras-

tornos neuropsiquiátricos en este país (4, 6, 9, 10), los recursos asignados en la actualidad para la solución de las necesidades de las personas que sufren estos trastornos son extremadamente escasos (considerablemente inferiores al 1 % del presupuesto sanitario total que, en sí mismo, no supera el 3 % del producto interior bruto). Por ejemplo, hay estimaciones recientes que indican que por cada 100.000 personas de la población general sólo existen cuatro camas psiquiátricas, cuatro profesionales de enfermería psiquiátrica y 0,1 psiquiatras (11). El Institute of Medicine ha estimado que, mientras que en los países desarrollados los servicios de salud mental atienden a aproximadamente al 50 % de las personas afectadas, en los países en vías de desarrollo este porcentaje es de tan sólo el 15 %. Esta brecha en el tratamiento efectuado a las personas que sufren trastornos mentales (12) queda ejemplificada por los resultados obtenidos en una encuesta reciente efectuada en Nigeria, en la que se demostró que había recibido alguna forma de tratamiento menos de una de cada 10 personas que durante los 12 meses previos habían sufrido trastornos definidos en el DSM-IV (13). Aunque la voluntad política del gobierno es uno de los factores que explican esta cobertura groseramente insuficiente de los servicios de salud mental, hay también una limitación importante relacionada con la percepción de que los tratamientos eficaces tienen un elevado coste económico. Dada la extrema escasez de recursos, es necesario demostrar a los políticos, mediante datos fehacientes, la eficacia de las intervenciones terapéuticas existentes y la posibilidad de una recuperación global de la inversión realizada para la provisión de un conjunto de intervenciones clave frente a los trastornos neuropsiquiátricos. Por todo ello, el objetivo de nuestro estudio ha sido generar datos que permitan definir el establecimiento de prioridades y justificar la inversión y el desarrollo de servicios de salud mental en Nigeria.

MÉTODOS

Para el análisis de la rentabilidad económica se ha utilizado un enfoque sectorial según el sistema desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS). El proyecto CHOICE (*CHOosing Interventions that are Cost Effective*) de la OMS ha reunido una serie de bases de datos subregionales y ha desarrollado diversos métodos estandarizados para determinar la rentabilidad económica de una amplia gama de intervenciones dirigidas a las principales enfermedades (14). Mediante este enfoque, y a fin de

facilitar las comparaciones entre las diferentes regiones del mundo, los costes económicos han sido expresados inicialmente en dólares internacionales (un dólar internacional tiene el mismo poder adquisitivo que un dólar estadounidense en Estados Unidos); la eficacia se ha cuantificado en términos de los DALY evitados (en relación con la situación de ausencia de intervención frente a la enfermedad en cuestión), y la rentabilidad económica se ha descrito en términos del coste económico de cada DALY evitado.

Actualmente poseemos datos subregionales de la OMS acerca del problema evitable constituido por una amplia gama de enfermedades, tal como la esquizofrenia, la depresión, el abuso del alcohol y la epilepsia (15-18). Sin embargo, la existencia de estos datos con respecto al coste económico y la evolución de las enfermedades no garantiza que los resultados y las recomendaciones modifiquen realmente las políticas o prácticas sanitarias en los distintos países. Hay una preocupación legítima por la posibilidad de que los resultados obtenidos acerca de la rentabilidad económica global o regional tengan una influencia limitada en las medidas y políticas que se aplican localmente. Con el objetivo de facilitar los cambios allí donde sean necesarios, es imprescindible una contextualización de las estimaciones regionales ya existentes acerca de los costes económicos, la eficacia y la rentabilidad económica, en relación con el medio en el que se utilizará la información, dado que hay numerosos factores que pueden modificar la rentabilidad económica real de una intervención dada en función del contexto en el que se lleva a cabo (18). A fin de adaptar los resultados subregionales obtenidos en el proyecto CHOICE de la OMS a los grupos de población nacionales o subnacionales, son necesarios varios datos: a) datos relativos a la demografía local, incluyendo las tasas de mortalidad; b) tasas epidemiológicas locales de los diferentes trastornos; c) definición de las intervenciones, eficacia y cumplimiento de los tratamientos; d) cobertura de los tratamientos y contextos terapéuticos, y e) tasas de utilización de recursos y costes asistenciales de cada trastorno.

En función de la experiencia clínica local, de los datos correspondientes a los ingresos al sistema de salud y a la utilización de los servicios, y de los datos epidemiológicos relativos a la preva-

lencia de diferentes enfermedades neuropsiquiátricas y a la discapacidad relacionada con ellas, en Nigeria (6, 7) se identificaron cuatro enfermedades de carácter prioritario: depresión, esquizofrenia, abuso del alcohol y epilepsia. Se definió un conjunto de intervenciones clave frente a estas enfermedades (tabla 1). Para cada una de estas enfermedades e intervenciones prioritarias se efectuó un proceso de contextualización, según se expone a continuación.

Demografía. Los datos regionales correspondientes a la edad y el sexo de la población evaluada, así como los datos de la mortalidad, fueron sustituidos por los datos correspondientes a Nigeria (población total: 115 millones de personas).

Epidemiología. Se revisaron las cifras del problema representado en la actualidad por la esquizofrenia, la depresión, la epilepsia y el abuso del alcohol, según los datos obtenidos en los estudios Global Burden of Disease and Comparative Risk Assessment de la OMS para la subregión africana (3); estas cifras fueron corregidas en los casos en los que existían datos fiables obtenidos localmente. Dado que no había disponible ningún estudio reciente sobre la esquizofrenia basado en la población general, y teniendo en cuenta las estimaciones relativamente estables efectuadas respecto a esta enfermedad en otros estudios realizados en África, no se realizó ninguna corrección de los valores regionales ya existentes. Con respecto a la depresión y al abuso del alcohol, se utilizaron datos actualizados de prevalencia obtenidos en estudios realizados sobre grupos representativos de la población nigeriana (7), con el objetivo de revisar los parámetros del modelo epidemiológico. En cuanto a la epilepsia, también se utilizaron datos locales, aunque obtenidos en estudios de poca amplitud, basados en la comunidad (9).

Eficacia. Se revisaron las fuentes de datos internacionales para estimar la eficacia o la efectividad de la intervención en las subregiones africanas de la OMS (15-17); estos datos fueron modificados para reflejar mejor los datos y las expectativas locales. Por ejemplo, se ajustaron al contexto nigeriano los parámetros subyacentes al impacto anticipado del incremento de los impuestos sobre las bebidas alcohólicas. En la tabla 1 se recoge el efecto es-

Tabla 1. Intervenciones consideradas para reducir el problema planteado por los trastornos neuropsiquiátricos en Nigeria

Enfermedad	Intervención	Efectos primarios	% de mejora*
<i>Esquizofrenia</i> (contexto terapéutico: asistencia hospitalaria ambulatoria; cobertura del tratamiento, objetivo: 70 %)	- Antipsicóticos antiguos	Discapacidad	2,8
	- Antipsicóticos nuevos	Discapacidad	3,5
	- Antipsicóticos antiguos más tratamiento psicosocial	Discapacidad	5,6
	- Antipsicóticos nuevos más tratamiento psicosocial	Discapacidad	6,3
<i>Depresión</i> (contexto terapéutico: Atención Primaria de la salud; cobertura del tratamiento, objetivo: 40 %)	<i>Tratamiento episódico</i>		
	- Antidepresivos antiguos	Remisión/discapacidad	6,9/7,7
	- Antidepresivos nuevos	Remisión/discapacidad	7,7/8,6
	- Tratamiento psicosocial	Remisión/discapacidad	5,6/8,8
	- Antidepresivos antiguos más tratamiento psicosocial	Remisión/discapacidad	7,4/8,3
	- Antidepresivos nuevos más tratamiento psicosocial	Remisión/discapacidad	7,8/8,8
	<i>Tratamiento de mantenimiento</i>		
- Antidepresivos antiguos más tratamiento psicosocial	Incidencia/remisión	7,9/9,0	
- Antidepresivos nuevos más tratamiento psicosocial	Incidencia/remisión	8,4/9,6	
<i>Epilepsia</i> (contexto terapéutico: Atención Primaria de la salud; cobertura del tratamiento, objetivo: 80 %)	- Antiepilepticos antiguos	Remisión/discapacidad	30,21
	- Antiepilepticos nuevos	Remisión/discapacidad	30/21
Abuso del alcohol (como factor de riesgo para lesiones y enfermedades)	- Aumento de los impuestos sobre las bebidas alcohólicas (50 %)	Incidencia	5
	- Normativa legal respecto al consumo de alcohol durante la conducción de vehículos y refuerzo de las pruebas de determinación de la alcoholemia en las carreteras	Traumatismos mortales	0,05-0,5
	- Orientación breve en Atención Primaria (cobertura: 50 %)	Remisión	3,7

*Efecto estimado de la intervención sobre la población.

timado sobre la población producido por cada intervención, expresado en forma de porcentaje de mejoría en cuanto a discapacidad, remisión o incidencia de casos.

Cobertura y contexto terapéutico. En algunos países en vías de desarrollo se ha propuesto e implementado un modelo de asistencia sanitaria primaria para el abordaje de la salud mental. Sin embargo, la falta de datos fiables hace difícil determinar el número de personas que sufren trastornos psiquiátricos y que están recibiendo actualmente tratamiento en este contexto. Así, las estimaciones de la cobertura actual estuvieron basadas fundamentalmente en la opinión de expertos, complementada siempre que fue posible por los datos de estudios locales (7).

Uso de recursos y costes económicos. Para cada una de las enfermedades incluidas en el análisis, se introdujeron en el modelo valores específicos de cada país relativos a la frecuencia y la intensidad del uso de la asistencia sanitaria. Las estimaciones estuvieron fundamentadas en la opinión de expertos, que incluyó un panel de consenso con el método Delphi, constituido por 24 profesionales de la salud mental que ejercían en diversas partes del país (19). Los costes unitarios previstos de los servicios asistenciales primarios y secundarios, estimados en unidades monetarias locales (20), fueron validados en comparación con los datos relativos a los hospitales locales; a su vez, los valores de otros insumos –como los salarios de los profesionales sanitarios, el coste de los fármacos psicotrópicos y el coste de las pruebas de laboratorio– fueron sustituidos por los valores locales correspondientes.

RESULTADOS

Los resultados se analizaron para observar: la cobertura estimada o proyectada de cada intervención; la eficacia de la intervención según una estimación de los DALY evitados por año a consecuencia de la intervención; el coste económico total de la aplicación de la intervención por año, y un desglose de sus componentes: costes correspondientes a los pacientes, al programa y a la formación de los profesionales; el coste de la aplicación de la intervención a un caso de cada enfermedad durante un año, y el coste medio de la evitación de un DALY debido a la intervención.

Estos datos fueron calculados para la situación existente –representada por la forma predominante de intervención frente a cada trastorno y por la proporción de casos sobre los que se aplica actualmente la intervención terapéutica– y para una posible intervención con un grado mayor de cobertura.

La tabla 2 muestra un resumen de los resultados de las diferentes intervenciones efectuadas frente a la esquizofrenia. Para la cobertura actual del 20 %, los DALY evitados por año son 2.615, y el coste por DALY evitado es de 209.430 nairas (N), correspondientes a 2.013 dólares estadounidenses (US\$) según el cambio oficial medio existente en 2000. Cuando la cobertura se incrementa hasta el 70 % (el máximo grado de cobertura considerado factible en un futuro inmediato), las dos intervenciones frente a la esquizofrenia que se pueden considerar de mayor rentabilidad económica son las intervenciones de carácter comunitario, en las que se combinan los antipsicóticos antiguos y el tratamiento psicossocial, y la orientación terapéutica personalizada (*case management*). Estas dos intervenciones son las que evitan más DALY, y con el menor coste por DALY (66.790 N o 642 US\$; 70.806 N o 680 US\$, respectivamente). Por otra parte, cuando se implementan ambas formas de intervención con antipsicóticos atípicos de última generación, las ventajas extra relativamente pequeñas en los DALY evitados se asocian a un incremento considerable del coste por DALY (1.637.168 N o 15.742 US\$; 1.778.509 N o 17.101 US\$, respectivamente).

La tabla 3 muestra los resultados de las diferentes intervenciones frente a la depresión. Para la escasa cobertura actual del 10 %, los DALY evitados son pocos (11.211), y también es bajo el coste de cada DALY evitado (20.181 N o 194 US\$). Cuando aumenta la cobertura hasta el 40 %, la intervención que combina los antidepressivos antiguos con la psicoterapia y con una orientación terapéutica personalizada tiene una rentabilidad económica mayor, debido a que permite ahorrar más DALY (120.357) y con un coste menor que cualquier otra de las intervenciones aplicadas para una misma cobertura. Cuando se realizan las mismas intervenciones con los antidepressivos más recientes, a pesar de que los DALY evitados aumentan ligeramente (127.543), la intervención no se puede considerar económicamente rentable, debido a que el coste por DALY evitado es casi tres veces mayor.

Tabla 2. Rentabilidad económica de diversas intervenciones seleccionadas frente a la esquizofrenia

Intervención	Cobertura	Eficacia (DALY evitados por año)	Coste total por año (en millones de nairas)				Coste por caso tratado por año	Coste por DALY evitado
			Paciente	Programa	Formación	Total		
Antipsicóticos antiguos	20 %	2.615	510	37	0	548	9.793	209.430
Modelo de servicio asistencial basado en la comunidad: antipsicóticos antiguos	70 %	14.081	1.625	141	31	1.798	9.185	127.676
Modelo de servicio asistencial basado en la comunidad: antipsicóticos nuevos	70 %	16.863	48.427	141	31	48.599	248.293	2.882.052
Modelo de servicio asistencial basado en la comunidad: antipsicóticos antiguos + tratamiento psicossocial	70 %	26.980	1.598	141	62	1.802	9.204	66.790
Modelo de servicio asistencial basado en la comunidad: antipsicóticos nuevos + tratamiento psicossocial	70 %	29.774	48.541	141	62	48.744	249.037	1.637.168
Modelo de servicio asistencial basado en la comunidad: orientación terapéutica personalizada y fármacos antiguos	70 %	29.378	17.470	240	93	2.080	10.627	70.806
Modelo de servicio asistencial basado en la comunidad: orientación terapéutica personalizada y fármacos nuevos	70 %	27.564	48.690	240	93	49.023	250.460	1.778.509

104 nairas = 1 dólar estadounidense (para el cambio oficial medio en 2000).

Tabla 3. Rentabilidad económica de diversas intervenciones seleccionadas frente a la depresión

Intervención	Cobertura	Eficacia (DALY evitados por año)	Coste total por año (en millones de nairas)				Coste por caso tratado por año	Coste por DALY evitado
			Paciente	Programa	Formación	Total		
Antidepresivos antiguos en Atención Primaria	10 %	11.211	226	0	0	226	765	20.181
Antidepresivos antiguos en Atención Primaria	40 %	69.608	5.255	70	42	5.367	4.680	77.105
Antidepresivos nuevos en Atención Primaria	40 %	77.244	23.039	70	42	23.151	20.274	299.714
Psicoterapia breve en Atención Primaria	40 %	69.101	8.044	70	78	8.192	7.096	118.548
Antidepresivos antiguos + psicoterapia	40 %	74.269	8.745	70	93	8.908	7.788	119.938
Antidepresivos nuevos + psicoterapia	40 %	78.891	25.575	70	93	25.738	22.560	326.246
Antidepresivos antiguos + psicoterapia + orientación terapéutica personalizada	40 %	120.357	9.004	126	102	9.233	5.517	76.710
Antidepresivos nuevos + psicoterapia + orientación terapéutica personalizada	40 %	127.543	33.435	126	102	33.663	20.242	263.933

104 nairas = 1 dólar estadounidense (para el cambio oficial medio en 2000).

Tabla 4. Rentabilidad económica de diversas intervenciones seleccionadas frente a la epilepsia

Intervención	Cobertura	Eficacia (DALY evitados por año)	Coste total por año (en millones de nairas)				Coste por caso tratado por año	Coste por DALY evitado
			Paciente	Programa	Formación	Total		
Antiepilépticos antiguos en Atención Primaria	20 %	30.928	413	0	0	413	2.637	13.339
Antiepilépticos antiguos en Atención Primaria	50 %	105.946	985	88	40	1.113	2.868	10.507
Antiepilépticos antiguos en Atención Primaria	80 %	169.514	1.676	142	85	1.903	3.065	11.228
Antiepilépticos nuevos en Atención Primaria	50 %	105.946	3.492	88	40	3.620	9.327	34.169
Antiepilépticos nuevos en atención primari	80 %	109.514	5.705	142	85	5.932	9.552	34.993

104 nairas = 1 dólar estadounidense (para el cambio oficial medio en 2000).

La tabla 4 presenta los resultados del análisis de las intervenciones frente a la epilepsia. Se comparan dos intervenciones diferentes, con dos grados de cobertura distintos. Para una cobertura del 50 %, los antiepilépticos antiguos y los recientes utilizados en los contextos asistenciales primarios evitaron el mismo número de DALY por año (105.946). Sin embargo, el coste por DALY con los fármacos más recientes fue tres veces mayor que el coste con los fármacos más antiguos (34.993 N o 336 US\$, en comparación con 10.507 N o 101 US\$). Los resultados indican que los antiepilépticos antiguos utilizados en el contexto asistencial primario para una cobertura del 80 % son los de mayor rentabilidad económica: evitan más DALY, con un incremento mínimo en el coste por DALY evitado.

La tabla 5 demuestra que, a pesar de que el incremento del 25 % en los impuestos sobre el alcohol evita más DALY, la disminución en el coste por DALY no se puede considerar significativa (desde 20.134 N o 193 US\$ hasta 18.201 N o 175 US\$). El incremento del 50 % en los impuestos del alcohol sólo produciría una ventaja ligeramente superior a la que se consigue con el aumento del 25 %, mejorando los DALY evitados pero sin una disminución sustancial del coste por DALY (desde los iniciales 18.201 N o 175 US\$ hasta los 17.125 N o 165 US\$). La razón es que se prevé que el aumento de los impuestos sobre el alcohol se acompañe de un incremento en el consumo ilegal (y, por lo tanto, sin impuestos) de alcohol (aumento en la producción de bebidas alcohólicas destiladas por particulares, más el incremento en el

Tabla 5. Rentabilidad económica de diversas intervenciones seleccionadas frente al abuso del alcohol

Intervención	Cobertura	Eficacia (DALY evitados por año)	Coste total por año (en millones de nairas)				Coste por DALY evitado
			Paciente	Programa	Formación	Total	
Contexto actual (impuestos vigentes)	95 %	24.988	0	503	0	503	20.134
Aumento de los impuestos (actuales + 25 %)	95 %	27.641	0	503	0	503	18.201
Aumento de los impuestos (actuales + 50 %)	95 %	29.378	0	503	0	503	17.125
Orientación breve/consejos en Atención Primaria	50 %	12.866	698	100	30	828	64.400
Pruebas de determinación de la alcoholemia en las carreteras (incluso en caso de lesiones no mortales)	80 %	109.490	0	972	0	972	8.873

104 nairas = 1 dólar estadounidense (para el cambio oficial medio en 2000).

Tabla 6. Costes económicos y efectos de una intervención terapéutica efectiva frente a los trastornos neuropsiquiátricos en Nigeria

Enfermedad	Intervención terapéutica	Cobertura	Efectividad (DALY evitados por año)	Coste total por año (en millones de nairas)				Coste por caso tratado por año	Coste por DALY evitado
				Paciente	Programa	Formación	Total		
Esquizofrenia	Antipsicóticos antiguos más tratamiento psicosocial (modelo comunitario)	70 %	26.980	1.598	141	62	1802	9.204	66.790
Depresión	Antidepresivos antiguos en Atención Primaria	40 %	69.608	5.255	70	42	5.367	4.680	77.109
Epilepsia	Antiepilépticos antiguos en Atención Primaria	50 %	105.946	985	88	40	1.113	2.868	10.507
Consumo peligroso de alcohol	Pruebas de alcolemia efectuadas a conductores	80 %	109.490	0	972	0	972	—	8.873
<i>Coste per capita</i>									
Coste total de la intervención			312.024	7.839	1.270	144	9.254	80	29.658

104 nairas = 1 dólar estadounidense (para el cambio oficial medio en 2000).

alcohol de contrabando). Por otra parte, la implementación de controles aleatorios de alcolemia en las carreteras puede evitar un número de DALY considerablemente mayor que las demás intervenciones, además de que lo hace con un coste considerablemente inferior por DALY evitado (8.873 N o 85 US\$).

Con los datos expuestos, es posible generar un perfil de los costes y los efectos asociados a un conjunto de medidas asistenciales neuropsiquiátricas, caracterizado por los criterios siguientes: *a)* selección de una forma de intervención frente a cada una de las enfermedades neuropsiquiátricas estudiadas; *b)* implementación de un modelo de servicio ambulatorio de base comunitaria para la esquizofrenia y tratamiento en el contexto asistencial primario para otras enfermedades (depresión, epilepsia, abuso del alcohol); *c)* adopción de tratamientos combinados, farmacológicos y psicosociales, en los casos en los que estos enfoques terapéuticos sean económicamente más rentables que el tratamiento medicamentoso aplicado de manera aislada; *d)* utilización de los fármacos psicotrópicos antiguos (neurolépticos –como haloperidol–, para la esquizofrenia; antidepresivos tricíclicos –como imipramina–, para la depresión, y fenobarbital o fenitoína, para la epilepsia).

La tabla 6 ofrece un resumen de los resultados de las intervenciones evaluadas. Cada una de estas intervenciones representa una selección eficiente en el conjunto de todas las consideradas frente a una enfermedad específica. La esquizofrenia es la enfermedad con un mayor coste económico por cada caso tratado (9.204 N u 88 US\$ por año), pero la depresión es la enfermedad que absorbe una proporción mayor de los costes totales (más de la mitad), debido a su prevalencia considerablemente mayor en la población general (más de 5.000 millones de nairas al año, equivalentes a 41,2 millones de US\$). Los réditos mayores en términos de evolución de la salud y de coste por unidad de evolución corresponden al tratamiento de la epilepsia y a la determinación de la alcolemia (más de 100.000 DALY evitados por año, cada uno de ellos con un coste de 9.000-11.000 N correspondientes a 100 US\$, o menos). El coste anual del conjunto de medidas de intervención asciende a más de 9.000.000 millones de nairas (88 millones de US\$), lo que equivale a 80 N (0,77 US\$) *per capita* para una población nigeriana de 115 millones de habitantes.

DISCUSIÓN

De manera incuestionable, hay una gran brecha entre el problema representado por los trastornos neuropsiquiátricos y los re-

ursos disponibles para abordar dicho problema en Nigeria, tal como ocurre en otros muchos países en vías de desarrollo. En el contexto de esta insuficiencia de recursos, son cada vez más necesarias las decisiones acerca del destino del dinero en función de los datos disponibles. El análisis de la rentabilidad económica facilita una asignación eficaz de los recursos y permite evaluar el coste económico y los efectos beneficiosos de carácter sanitario de las intervenciones aplicadas. A través de la definición de las intervenciones de mayor rentabilidad económica, es posible ayudar a los políticos en sus procesos de toma de decisiones.

En este estudio se demuestra la eficacia relativamente mayor de algunas intervenciones sobre otras. Es evidente que una inversión modesta de recursos en una amplia gama de intervenciones económicamente rentables puede reducir de forma significativa el problema que plantean los trastornos neuropsiquiátricos en Nigeria. En el conjunto de intervenciones descrito en este artículo, los datos clave son los costes por paciente (constituidos principalmente por los costes directos de la medicación y de las consultas en los centros sanitarios), los costes correspondientes a los programas (constituidos básicamente por las inversiones de capital y las de mantenimiento de la infraestructura) y los costes correspondientes a la formación. Excepto las intervenciones preventivas dirigidas hacia la reducción del consumo de cantidades excesivas de alcohol en la población, la mayor parte del coste total se refiere al coste directo generado por los pacientes; los demás componentes constituyen una proporción relativamente pequeña. En la actualidad, la mayor parte del coste de los pacientes lo asumen directamente los consumidores en forma de pagos directos de bolsillo, dada la inexistencia de programas nacionales de asistencia sanitaria o de bienestar social. Si se plantea ampliar la baja cobertura actual y proponer como objetivo alguno de los índices de cobertura considerados en este estudio, es necesario aliviar al menos parte de la carga económica que soportan actualmente los consumidores mediante pagos de bolsillo por los servicios asistenciales que reciben. Así, aunque los costes correspondientes al programa y a la formación de los profesionales son asumidos por los fondos públicos, es necesario un cierto presupuesto adicional, para que muchos costes asumidos por los pacientes pasen también a ser responsabilidad de los gobiernos. Incluso así, la aportación económica total de los fondos públicos sería todavía relativamente pequeña (menos de 1 dólar estadounidense *per capita*). Indudablemente, en comparación con la situación actual, el incremento del aporte de los fondos públicos puede dar lugar a la aplicación de un conjunto de intervenciones

económicamente más rentable y puede evitar más DALY. Por ejemplo, tal como se puede observar en la tabla 4, en el caso de la epilepsia, el incremento en la cobertura desde el 20 % actual hasta el 80 % incrementaría el gasto total desde 413 hasta 1.903 millones de nairas. Para la situación actual de una cobertura del 20 %, la parte sufragada con fondos públicos es relativamente insignificante, siendo casi el total de los costes asumidos por los pacientes. Si la cobertura se incrementara hasta el 80 %, el gasto correspondiente a los fondos públicos sería sólo del 12 % del coste total (principalmente, dinero dedicado a los programas y a la formación). No obstante, se ganaría en eficacia, tal como se refleja en la disminución del coste por DALY evitado desde la cifra actual de 13.339 N hasta 11.228 N.

En cualquier caso, vale la pena destacar el hecho de que la estructura necesaria para implementar este conjunto de intervenciones es un elemento clave en las proyecciones, y que esta estructura no existe actualmente en el país. El sistema sanitario necesario para implementar estas intervenciones requiere una coordinación mayor de los diversos elementos que constituyen la asistencia sanitaria, principalmente, la capacidad del nivel asistencial primario para cubrir los objetivos propuestos. Actualmente no existe un servicio asistencial primario bien organizado que pueda llevar a cabo las intervenciones propuestas. La reorganización de este nivel asistencial implicaría una nueva formación del personal del sistema sanitario que trabaja en él, la provisión de los fármacos esenciales para cada enfermedad y una integración mayor con los demás niveles asistenciales del sistema. Esta reorganización daría lugar a un sistema de especialidades bien coordinado, que podría apoyar al contexto de Atención Primaria.

Con respecto a la utilización de los resultados de este análisis para la definición de políticas asistenciales sanitarias destinadas a las personas que sufren enfermedades mentales y neurológicas, es necesario realizar algunas consideraciones. A pesar de que el análisis de la rentabilidad económica puede ser muy bueno para aumentar la eficiencia en la asignación de los recursos, se han efectuado algunas críticas a este método de análisis. El proceso es complicado y caro y requiere abundantes datos que no se pueden conseguir fácilmente en muchos países en vías de desarrollo, como Nigeria. Además, algunas estimaciones (p. ej., las relacionadas con los patrones esperados de utilización de los recursos) están fundamentadas en la opinión de un grupo de expertos en salud mental, y las opiniones de otros profesionales de la Medicina, grupos de interés o beneficiarios pueden no quedar necesariamente reflejadas de manera plena.

Por otra parte, a pesar de que los datos concernientes a la rentabilidad económica de las distintas intervenciones son informativos en sí mismos, no representan el final del proceso de análisis. En cambio, son datos clave para llevar a cabo la tarea global del establecimiento de prioridades. Sin embargo, hay otros datos que influyen en el proceso de toma de decisiones: la necesidad de una distribución equitativa de los recursos existentes, la consideración de los requerimientos de salud de los grupos de población más vulnerables y con necesidades especiales, y la asistencia en las situaciones de urgencias (p. ej., las asociadas a desastres imprevistos). También es importante la consideración de las expectativas de la sociedad. Por lo tanto, el objetivo del análisis es ir más allá de los aspectos de eficacia, estableciendo combinaciones de intervenciones económicamente rentables que puedan abordar de manera adecuada los objetivos contemplados para todo el sistema sanitario, como la mejora de la calidad de vida y la reducción de las desigualdades. Otros criterios de asignación de recursos que deben abordarse conjuntamente con los criterios de rentabilidad económica son la gravedad relativa y la intensidad de los efectos de pérdida económica que causan las distintas enfermedades, el potencial de reducción de los inmensos gastos que soportan los hogares para costear la asistencia sanitaria, y la protección de los derechos humanos. Así, el establecimiento de prio-

ridades implica un equilibrio entre los diferentes objetivos del sistema sanitario, de modo que la asignación más equitativa de los recursos no implica necesariamente una asignación más eficiente de dichos recursos.

También vale la pena destacar el hecho de que nuestras estimaciones se han efectuado en función de los precios actuales de los medicamentos nuevos. Muchos de estos medicamentos todavía están protegidos por patente y, por lo tanto, tienen un precio de compra elevado. Sin embargo, si fuera posible conseguir las formas genéricas de los medicamentos, toda la situación podría cambiar considerablemente en cuanto a la rentabilidad económica, especialmente si se tiene en cuenta que algunos de los medicamentos más recientes están asociados a escasos efectos adversos y elevado grado de cumplimiento terapéutico. Por todo ello, es esencial que nuestros resultados no se tomen como una demostración de que los pacientes que residen en países pobres deben ser excluidos de manera permanente de los efectos beneficiosos que pueden ofrecer los nuevos medicamentos.

El presupuesto sanitario total en Nigeria (3 % del producto interior bruto) es considerado totalmente insuficiente para cubrir las necesidades sanitarias identificadas en la población. Inevitablemente, los servicios de salud mental (que hasta este momento no han sido claramente definidos), no pueden afrontar la mejora de los servicios y la implementación del conjunto de intervenciones descritas en este artículo. Es necesario un incremento global de la inversión en el sistema global de salud y la definición de prioridades para los servicios de salud mental. Por el momento, es difícil identificar cualquier situación de abandono relativo de la financiación de los servicios de salud mental, con vistas a que la atención se dirija hacia dichos servicios. En otras palabras, «ojos que no ven corazón que no siente».

En la actualidad, la organización del sistema sanitario en Nigeria es laxa y carente de coordinación. En particular, el sistema de Atención Primaria (que representa una herramienta esencial para la aplicación de las intervenciones descritas en este artículo) es incapaz de abordar los numerosos retos planteados por la consecución una mayor y más adecuada provisión de servicios asistenciales. Es necesaria una mejor formación del personal sanitario y también una mayor integración de los servicios ofrecidos por el nivel de Atención Primaria con los ofrecidos por el resto de los niveles de atención. Es necesario también un vínculo estructural con el nivel de atención secundario, de manera que el personal que ejerce en el nivel de Atención Primaria reciba la supervisión y el apoyo que necesita, definiendo mejor el sistema de derivación de los pacientes a los especialistas. Por supuesto, es necesaria además la provisión de la medicación esencial de manera regular. En resumen, un servicio asistencial más eficiente, que se podría beneficiar de los resultados del análisis de la rentabilidad económica presentado en este artículo, sólo se conseguirá a través de un proceso de reorganización profunda del sistema sanitario en Nigeria. Todo lo descrito en este artículo es factible y asequible, pero sólo en el contexto de los cambios y la reorganización propuestos.

World Psychiatry 2007; 5:42-48

Bibliografía

1. Ustun TB, Rehm J, Chatterji S et al. Multiple informant ranking of the disabling effects of different health conditions in 14 countries. *Lancet* 1999;354:111-5.
2. Almeida-Filho N, Mari JJ, Centinho E et al. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity. Methodological features and prevalence estimates. *Br J Psychiatry* 1997;171:524-9.
3. World Health Organization. The world health report 2001. Mental health: new understanding, new hope. Geneva: World Health Organization, 2001.

4. Gureje O, Odejide OA, Olatawura MO et al. Psychological problems in general health care: results from the Ibadan centre. In: Us-tun TB, Sartorius N (eds). *Mental illness across the world in general health care: an international study*. Chichester: Wiley, 1995: 157-73.
5. World Health Organization. *The world health report 2000. Health systems: improving performance*. Geneva: World Health Organization, 2000.
6. Gureje O. Psychological disorders and symptoms in primary care: association with disability and service use after 12 months. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2002;37:220-4.
7. WHO World Mental Health Survey Consortium. Prevalence, severity and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA* 2004;291:2581-90.
8. Federal Ministry of Health. *The national mental health policy for Nigeria*. Abuja: Government of Nigeria, 1991.
9. Osuntokun BO, Adeuja AO, Nottidge VA et al. Prevalence of the epilepsies in Nigerian Africans: a community-based study. *Epilepsia* 1987;28:272-9.
10. Gureje O, Lasebikan V, Kola L et al. Lifetime and 12-month prevalence of mental disorders in the Nigerian survey of mental health and wellbeing. *Br J Psychiatry* 2006;188:465-71.
11. World Health Organization. *Atlas: mental health resources in the world*. Geneva: World Health Organization, 2001.
12. Gulbinat W, Mandescheid R, Baingana R et al. The International Consortium on Mental Health Policy and Services: objectives, design and project implementation. *Int Rev Psychiatry* 2004;16:5-17.
13. Gureje O, Lasebikan VO. Use of mental health services in a developing country: results from the Nigerian survey of mental health and wellbeing. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2006; 41:44-9.
14. Edejer T, Baltussen R, Adams T et al (eds). *Making choices in health: WHO guide to cost-effectiveness analysis*. Geneva: World Health Organization, 2003.
15. Chisholm D. Cost-effectiveness of first-line anti-epileptic drug treatments in the developing world: a population-level analysis. *Epilepsia* 2005;46:751-9.
16. Chisholm D, Sanderson K, Ayuso-Mateos JL et al. Reducing the global burden of depression: a population-level analysis of inter-vention cost-effectiveness in 14 epidemiologically-defined sub-regions (WHO-CHOICE). *Br J Psychiatry* 2004;184: 393-403.
17. Chisholm D, Rehm J, van Ommeren M et al. Reducing the global burden of heavy alcohol use: a comparative cost-effectiveness analysis. *J Studies Alcohol* 2004;65:782-93.
18. 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.
19. Ferri F, Pourabbas E, Rafanelli M et al. A system to define and allocate health care resources on a territory to improve the life quality of the populations in developing countries. *Comput Biomed Res* 1997;30:379-402.
20. Adam T, Evans D, Murray CJ. Econometric estimation of country-specific hospital costs. *Cost Effectiveness and Resource Allocation* 2003;1:3.

Contribución de Australia y Nueva Zelanda a las publicaciones internacionales de investigación en salud mental: un estudio de las revistas de alto impacto

JOSHUA WHITE^{1,2}, VIKRAM PATEL^{1,3}, HELEN HERRMAN^{1,4}

¹Mental Health Division, George Institute for International Health, Royal Prince Alfred Hospital, Camperdown, New South Wales, 2050, Australia

²St. Vincent's Mental Health Service, P.O. Box 2900, Fitzroy, Victoria, 3065, Australia

³Department of Epidemiology and Population Health, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Londres WC1E 7HT, UK;

⁴Australian International Health Institute and School of Population Health, University of Melbourne, Victoria, 3010, Australia

La mayoría de las investigaciones sobre salud mental publicadas en las revistas de alto impacto proceden de los países desarrollados de América del Norte y de Europa occidental, así como también de Australia y Nueva Zelanda, en donde sólo reside una pequeña minoría de la población mundial. Nuestro grupo ha efectuado un análisis de la contribución de las investigaciones de Australia y Nueva Zelanda a la bibliografía relativa a la salud mental en todo el mundo, en comparación con la contribución realizada por los países que no pertenecen al grupo dominante conformado por América del Norte, Europa occidental, Australia y Nueva Zelanda. Se realizó una búsqueda de la bibliografía en dos fases: una búsqueda en PubMed de los artículos sobre salud mental realizados por autores de Australia y Nueva Zelanda en 12 revistas locales e internacionales de alto impacto, a lo largo de un período de 3 años (2001-2003), y una búsqueda manual en la revista *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* (ANZJP) respecto a las publicaciones efectuadas en ella durante un período de 10 años (1994-2003). El 4 % de los artículos sobre salud mental publicados por autores de Australia y Nueva Zelanda en revistas seleccionadas de alto impacto estuvo relacionado con la salud mental internacional en países no pertenecientes al grupo dominante. El 6 % de los artículos publicados en ANZJP recogía la situación en países no pertenecientes a éste, y los autores de Australia y Nueva Zelanda contribuyeron al 30 % de estos artículos. Hong Kong y Singapur fueron los países representados con mayor frecuencia. En conjunto, 65 de los 78 artículos seleccionados fueron estudios e investigaciones originales. Los diseños aplicados con mayor frecuencia fueron los estudios epidemiológicos descriptivos y las publicaciones de casos aislados. La enfermedad psicótica fue el trastorno mental evaluado con mayor frecuencia. La mayor parte de los estudios se llevó a cabo en el contexto de servicios especializados de salud mental. Por lo tanto, sólo una parte relativamente pequeña del trabajo publicado por la comunidad de investigación en salud mental de Australia y Nueva Zelanda en revistas de alto impacto locales e internacionales estuvo en relación con la situación de la salud mental internacional en países no pertenecientes al mencionado grupo dominante. Los países más pobres y con mayor número de población aparecieron especialmente poco representados, y se observó un porcentaje de investigaciones relativamente menor en los contextos comunitarios o respecto a los problemas de salud mental que constituyen la parte proporcional más importante del problema global representado por la enfermedad.

Palabras clave: investigación, salud mental internacional, Australia, Nueva Zelanda, colaboración

Tradicionalmente, las investigaciones sanitarias, incluyendo las realizadas sobre la salud mental, se han llevado a cabo en los países de alto grado de desarrollo correspondientes a Norteamérica y Europa occidental, así como también en Australia y Nueva Zelanda, áreas en las que hay una gran disponibilidad de recursos y de experiencia. Los países que no pertenecen a estas regiones están poco representados en las investigaciones, una situación que ya fue reconocida en 1990 por la Commission on Health Research for Development (1), que la denominó la «brecha 10/90»: de los 73.000 millones de dólares estadounidenses invertidos anualmente en la investigación sanitaria mundial, se dedica menos del 10 % a la investigación de los problemas que representan el 90 % del problema global constituido por la enfermedad (cuantificado en años de vida ajustados por discapacidad, [*disability adjusted life years*, DALY]) (2). Así, la actividad de investigación es mayor en los países occidentales con un elevado grado de desarrollo, no en los países con un producto interior bruto bajo o intermedio, en los que reside más del 85 % de la población mundial y en los que el problema representado por la enfermedad es mayor (3).

El Global Forum for Health Research (4) se plantea reducir la «brecha 10/90» y está centrando sus iniciativas en las enfermedades y los factores de riesgo que causan los problemas mayores en todo el mundo. Dicho foro ha establecido que la salud mental y neurológica es uno de los 11 objetivos prioritarios, en función de su contribución al problema global representado por la enfermedad y de la estimación de un incremento de dicha contribución en el futuro. Por ejemplo, se espera que para 2020 la depresión constituya la causa principal de discapacidad en todo el mundo y la segunda causa de la carga global de enfermedad (2, 3). Una importante razón para fundamentar esta estimación es la transición demográfica que se espera en muchos de los países más densamente poblados y con un producto interior bruto

bajo y medio (3, 5), una de cuyas consecuencias será que muchas de las personas que residen en estos países alcancen la edad de riesgo para el padecimiento de trastornos mentales.

La enfermedad mental reduce la capacidad del individuo de recibir educación y participar en actividades económicas que le permitan salir de la pobreza, al tiempo que también incrementa los costes económicos de las asistencias sanitaria y social (3, 6, 7). Estas cuestiones son clave para el desarrollo de los países con un producto interior bruto bajo o medio, así como también lo son otros problemas estrechamente relacionados con la salud mental, tales como la desigualdad entre los sexos, el problema del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), el desarrollo de los niños y los adolescentes, los desastres naturales, los delitos y la violencia. Por lo tanto, es importante que las investigaciones internacionales sobre salud mental contemplen la situación de los países –de gran diversidad cultural– que permanecen en etapas desiguales de desarrollo. Es necesario realizar estudios basados en la población y en contextos de asistencia sanitaria primaria, especialmente en los países con un producto interior bruto bajo o medio, para establecer racionalmente las prioridades locales, determinar la eficacia y la calidad de las intervenciones, y garantizar una asignación eficiente de los recursos (3). El Global Forum también reconoce la necesidad de que las autoridades sanitarias, los clínicos y los especialistas en planificación sanitaria de los países en vías de desarrollo tengan un mayor acceso a las investigaciones de esta naturaleza (4).

Las revistas de alto impacto constituyen un medio de difusión importante de las investigaciones de alta calidad. En estas revistas se publican los estudios más leídos y citados, y se pueden conseguir con facilidad en muchos países, tanto en formato impreso como en formato electrónico. Sin embargo, una parte importante de las investigaciones en salud mental tiene un valor limitado para

una audiencia auténticamente internacional. Sólo el 6 % de la bibliografía recogida en las revistas psiquiátricas de alto impacto evaluadas recientemente procede de regiones del mundo distintas de Norteamérica, Europa, Australia y Nueva Zelanda (8). Las razones ofrecidas para explicar esta desigualdad son la escasa capacidad clínica y de investigación de los países pobres, las barreras idiomáticas, las limitaciones de los recursos, la carga de trabajo excesiva de los clínicos, la baja prioridad de la salud mental y la escasa representación internacional en los comités editoriales de las revistas (9-12).

En este artículo se evalúa la contribución de Australia y Nueva Zelanda a los recursos de investigación en salud mental, con el objetivo de reducir la «brecha 10/90» existente en las investigaciones sobre salud mental internacional. En este estudio, el concepto de investigación en salud mental internacional se utiliza para indicar a los países que no pertenecen a las regiones de Norteamérica, Europa occidental, Australia y Nueva Zelanda, y que han estado representados tradicionalmente de manera insuficiente en la bibliografía psiquiátrica de alto impacto. La mayoría de estos países tiene un producto interior bruto bajo o medio, según los índices de desarrollo humano (13), pero también son interesantes en este sentido países con un producto interior bruto alto, como Singapur, que muestran diferencias culturales con los países del grupo dominante occidental.

Nuestro objetivo inicial ha sido determinar las publicaciones realizadas por investigadores de Australia y Nueva Zelanda. En la actualidad, Australia es el quinto país del mundo en cuanto a publicaciones y menciones totales de Psiquiatría/Psicología (14), un indicador de la elevada capacidad nacional para producir investigaciones de calidad. En nuestro estudio se ha pretendido determinar la contribución de los autores de Australia y Nueva Zelanda a los artículos sobre salud mental internacional, así como su participación en colaboraciones con colegas internacionales. En segundo lugar, se ha pretendido evaluar la representación de la salud mental internacional en la revista *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* (ANZJP), y comparar este dato con los resultados obtenidos en un estudio similar realizado sobre revistas internacionales de Psiquiatría de alto impacto (8). Se ha seleccionado el ANZJP como la revista de salud mental con mayor impacto que se publica en la región Asia-Pacífico, que posiblemente representa un medio importante de difusión de la investigación sobre salud mental internacional en la región citada. Nuestro tercer objetivo ha sido la determinación de las características de las publicaciones identificadas en nuestro estudio, tales como los países representados, las fuentes de financiación y la naturaleza de la investigación.

MÉTODOS

Búsqueda en las revistas

Se realizó una búsqueda en Pub-Med de los artículos sobre salud mental publicados a lo largo del período 2001-2003 por autores de Australia y Nueva Zelanda en seis revistas internacionales de salud mental con alto impacto: *Archives of General Psychiatry*, *American Journal of Psychiatry*, *British Journal of Psychiatry*, *Psychological Medicine*, *Acta Psychiatrica Scandinavica* y *Addiction*. Los artículos publicados por autores de Australia y Nueva Zelanda fueron identificados mediante el término de búsqueda «*Australia OR New Zealand*». A través de PubMed, y durante el mismo período de 2001 a 2003, también se buscaron artículos en cuatro revistas médicas generales internacionales (*New England Journal of Medicine*, *Lancet*, *British Medical Journal* y *Journal of the American Medical Association*), así como en dos revistas médicas generales locales (*Medical Journal of Australia* y *Australia New Zealand Journal of Public He-*

alth). La estrategia de búsqueda utilizada fue «*mental OR substance abuse OR suicide OR self-inflicted injury*». Se seleccionaron estas 12 revistas de salud mental y de Medicina general locales e internacionales debido a que son revistas de alto impacto en las que los autores de Australia y Nueva Zelanda publican a menudo sus estudios de investigación sobre salud mental. También fueron evaluados manualmente todos los ejemplares de ANZJP correspondientes al período 1994-2003, examinando individualmente cada artículo, artículos sobre salud mental internacional a través del análisis de cada artículo publicado durante el período citado. Se seleccionó un período mayor de 10 años debido a que ANZJP se publica cada dos meses, mientras que la mayoría de las otras revistas tiene una periodicidad de publicación semanal o mensual.

Selección de los artículos

Los artículos fueron incluidos en el estudio cuando se referían a la salud mental en un país distinto de Norteamérica, Europa occidental, Australia y Nueva Zelanda (grupo dominante); así, en esta categoría también fueron incluidos los países con un producto interior bruto alto de la región Asia-Pacífico, tal como Singapur. Se descartaron los artículos relativos a los inmigrantes procedentes de los países seleccionados y que residían en los países del grupo dominante. La definición de enfermedad mental utilizada fue muy amplia, de manera que se incluyeron las publicaciones relativas a los trastornos mentales, el abuso de sustancias, el suicidio y las lesiones autoprovocadas. Sólo se seleccionaron los artículos que eran estudios de investigación originales, revisiones o editoriales/comentarios. Se descartaron las cartas al director, los artículos puramente informativos y las revisiones de libros. También fue excluida una serie irregular de comentarios adicionales relativos a los artículos de investigación publicados en ANZJP.

Análisis de los contenidos

Todos los artículos que cumplían los criterios para su inclusión en el estudio fueron analizados para la identificación de diversas características, tal como el país o los países de interés abordados. Se evaluó la dirección postal de cada autor para determinar si en los artículos habían participado autores de Australia y Nueva Zelanda, internacionales o de ambos tipos, y si había existido o no una colaboración internacional. Se consideró que había tenido lugar una colaboración internacional cuando en la lista de autores aparecían investigadores tanto de Australia y Nueva Zelanda como del país evaluado en el artículo. También se consideraron las declaraciones de financiación en todos los artículos seleccionados. Después, los artículos de investigación originales fueron identificados y analizados para determinar: el diseño del estudio, los trastornos mentales evaluados y las características de los participantes. Se consideró que los artículos de investigación eran originales cuando en el estudio correspondiente se habían obtenido datos nuevos o se había realizado un nuevo análisis de datos ya existentes (15).

RESULTADOS

Contribución de los autores de Australia y Nueva Zelanda

A lo largo del período de búsqueda, los autores de Australia y Nueva Zelanda publicaron 32 artículos sobre salud mental internacional relativos a países que no pertenecían al grupo dominante. En las 12 revistas locales e internacionales de alto impacto se publicaron 12 artículos con las características exigidas en el estudio

Tabla 1. Procedencia de los autores de los artículos sobre salud mental internacional que cumplieran los criterios del estudio

Procedencia de los autores	Artículos totales sobre SMI publicados por autores de ANZ en revistas seleccionadas (2001-2003)	Artículos totales sobre SMI en ANZJP (1994-2003)
Internacional únicamente	-	44
ANZ únicamente	4	8
ANZ e internacional	4	11
ANZ, internacional y euroamericana	4	1
Internacional y euroamericana	-	2

ANZ: Australia y Nueva Zelanda; ANZJP: Australia and New Zealand Journal of Psychiatry; SMI: salud mental internacional.

Tabla 2. Publicaciones totales y financiación de los 78 artículos sobre salud mental internacional que cumplieran los criterios del estudio, en función del país de referencia. Se muestra la población de cada país y el índice de desarrollo humano

País de referencia	Población (millones)	Publicaciones totales	Publicaciones financiadas
<i>Países con IDH alto</i>			
Hong Kong	6,9	16	1
Singapur	4,1	15	4
Japón	127,3	1	0
Corea del Sur	47,1	1	1
<i>Países con IDH medio</i>			
China/Taiwán	1.285,2	7	5
India	1.033,4	5	2
África del Sur	44,4	5	0
Malasia	23,5	5	1
Vietnam	79,2	3	0
Israel	6,2	3	0
Fiji	0,8	3	0
Tailandia	61,6	2	0
Irán	67,2	1	0
Croacia	10,3	1	0
<i>Países con IDH bajo</i>			
Nigeria	117,8	2	1
Timor Oriental	Desconocido	1	0
<i>Múltiples países o países no especificados</i>	Desconocido	7	2

IDH: índice de desarrollo humano.

(2001-2003), lo que representa el 4 % de los 316 artículos sobre salud mental publicados por autores de Australia y Nueva Zelanda en estas revistas. No se encontró ningún artículo sobre salud men-

tal internacional entre los 136 artículos relativos a la salud mental publicados en las dos revistas locales (*Medical Journal of Australia* y *Australia and New Zealand Journal of Public Health*). En ANZJP (1994-2003) aparecieron 20 artículos que cumplieran los criterios de inclusión en el análisis, lo que representa el 30 % de los 66 artículos sobre salud mental internacional que cumplieran los criterios de análisis y que habían sido publicados en la revista. En los artículos seleccionados, los autores de Australia y Nueva Zelanda colaboraron en 20 ocasiones con autores internacionales residentes en los países evaluados: 12 artículos publicados en ANZJP y ocho artículos publicados en las 12 revistas restantes de alto impacto. La tabla 1 muestra el país de residencia de los autores que participaron en los artículos sobre salud mental internacional que cumplieran los criterios de análisis y que fueron publicados en las revistas seleccionadas.

Representación de la salud mental internacional en ANZJP

La búsqueda realizada en ANZJP demostró que, de los 1.052 artículos publicados a lo largo del periodo 1994-2003, 66 (6 %) se referían a la salud mental internacional en países que no pertenecían al grupo dominante. En conjunto, 50 de los 66 artículos tenían un primer autor que residía en el país de interés evaluado en el artículo concreto, 14 tenían un primer autor de Australia y Nueva Zelanda, y dos tenían un primer autor de Norteamérica o Europa occidental.

Representación de los países

De los 78 artículos que cumplieran los criterios para ser considerados en el análisis (66 publicados en ANZJP y 12 publicados en las demás revistas), la mayoría (77 %) se refería a países de la región Asia-Pacífico: Hong Kong (16), Singapur (15), India (5), Malasia (5), Taiwán (4), China (3), Vietnam (3), Fiji (3), Tailandia (2), Japón (1), Timor Oriental (1), Corea del Sur (1) y no especificado (1). Otros países representados fueron Sudáfrica (5), Israel (3), Nigeria (2), Irán (1) y Croacia (1). Tres de los artículos se referían a múltiples países, y en otros tres artículos no se especificaban los países considerados. La tabla 2 demuestra que, entre los artículos que cumplieran los criterios de análisis y que fueron identificados a través de búsqueda, los países representados con mayor frecuencia fueron los que tenían una población menor y un grado de desarrollo mayor según el índice de desarrollo humano (IDH) (13).

Tipos de publicaciones

De los 78 artículos que cumplieran los criterios de análisis, 65 (83 %) eran estudios de investigación originales, 11 (14 %) eran

Tabla 3. Diseño del estudio, enfermedad mental evaluada y contexto asistencial analizado en 65 artículos de investigación sobre salud mental internacional que cumplieran los criterios del estudio

Diseño del estudio	Enfermedad mental		Contexto asistencial		
Epidemiológico	27	Trastorno psicótico	20	Especialista en salud mental	41
Publicación de casos aislados	19	Trastorno del estado de ánimo/ansiedad	14	Comunidad	17
Ensayo clínico de intervención	5	Síntomas psiquiátricos	7	Asistencia primaria u hospital general	9
Metodológico	5	Niños/adolescentes	7		
Servicio sanitario	5	Suicidio/lesiones autoprovocadas	5		
Biológico	3	Trastornos mentales múltiples	5		
Otros	1	Abuso de sustancias	3		
		Demencia	3		
		Trastorno de la personalidad	1		

revisiones, y dos (3 %) eran editoriales/comentarios. La tabla 3 demuestra que los diseños utilizados con mayor frecuencia fueron los estudios epidemiológicos descriptivos (27 de 65) y las publicaciones de casos aislados (19 de 65); el trastorno mental evaluado con mayor frecuencia fue la enfermedad psicótica (20 de 65), y el contexto evaluado más a menudo fue el de los servicios de salud mental especializada (41 de 65).

Financiación

De los 78 artículos sobre salud mental internacional que cumplían los criterios del estudio, 17 (22 %) incluían una declaración del origen de la financiación. Se declararon 26 subvenciones económicas ofrecidas por 24 organismos de financiación. Catorce subvenciones fueron ofrecidas por organismos pertenecientes al país de interés, siete por organismos pertenecientes a países de Norteamérica o de Europa occidental, y cinco por organismos pertenecientes a Australia y Nueva Zelanda. Los artículos en los que había habido una colaboración internacional fueron financiados con una frecuencia mayor que los publicados de manera aislada por autores de Australia y Nueva Zelanda o del país de interés (8 de 56).

DISCUSIÓN

A pesar de que los investigadores de Australia y Nueva Zelanda contribuyen de manera significativa a la investigación sobre salud mental, en las revistas seleccionadas sólo publicaron 32 artículos relativos a la salud mental internacional a lo largo del período de búsqueda establecido. Durante el período de búsqueda de 3 años la proporción de artículos de investigación publicados en 12 revistas internacionales y locales de alto impacto en los que se abordó la salud mental internacional fue baja (4 %, 12 de 316). A lo largo del período de búsqueda de 10 años en ANZJP sólo 20 de los artículos que cumplían los criterios para el análisis habían sido publicados por autores de Australia y Nueva Zelanda. Los autores de estos países colaboraron con colegas internacionales en una pequeña proporción de los artículos sobre salud mental internacional que cumplían los criterios de análisis: un total de 20 artículos (12 publicados en ANZJP y ocho publicados en otras revistas de alto impacto).

La búsqueda en la bibliografía efectuada en nuestro estudio también demuestra que en ANZJP hay una representación escasa (6 %) de las investigaciones sobre salud mental internacional, a pesar de que ésta es la revista de salud mental publicada en la región Asia-Pacífico cuyo factor de impacto es mayor. Este porcentaje de representación es similar al detectado en una búsqueda en la bibliografía efectuada en seis revistas de salud mental europeas y norteamericanas de alto impacto (8). Se han observado porcentajes similares de representación de los países que tienen un producto interior bruto bajo o medio en la bibliografía sobre Medicina tropical (16), Medicina cardiovascular (17) y VIH/SIDA (18). Por tanto, nuestros resultados son congruentes con la existencia de la «brecha 10/90» definida por el Global Forum.

Nuestro estudio presenta varias limitaciones. Los resultados de la búsqueda efectuada en ANZJP son precisos debido a que dicha búsqueda se efectuó manualmente. Sin embargo, en nuestra estrategia de búsqueda en las seis revistas internacionales sobre salud mental es posible que hayan sido pasados por alto artículos que habrían cumplido los criterios del estudio pero en los que el autor de Australia y Nueva Zelanda no fuera el primer firmante del artículo. Nuestra estrategia de búsqueda en las seis revistas de Medicina general también puede haber pasado por alto artículos que cumplían los criterios del estudio pero en los que no se encontraban las palabras clave «mental», «abuso de sustancias», «suicidio» o «lesiones autoprovocadas». Sin embargo, creemos

que el número de artículos pasados por alto fue pequeño. En nuestra clasificación se consideraron todos los países distintos de Norteamérica, Europa occidental, Australia y Nueva Zelanda, con independencia de los indicadores internacionales de desarrollo. Así, los artículos relativos a países con un producto interior bruto alto, como Singapur, fueron clasificados en el mismo grupo que los relativos a países con producto interior bruto bajo y medio, como Timor Oriental e India. Se decidió el uso de esta clasificación debido a que nuestro objetivo principal era describir las investigaciones realizadas en países distintos del área euronorteamericana dominante en investigación biomédica, más que la consideración del grado de desarrollo. No obstante, la mayoría de los países evaluados presenta un producto interior bruto bajo o medio, de manera que esta clasificación también permitió la comparación con un estudio internacional previo efectuado sobre la bibliografía psiquiátrica (8). En cualquier caso, se reconoce la posibilidad de que los investigadores de Australia y Nueva Zelanda puedan haber publicado artículos que reunían los requisitos de este estudio en las revistas de dichos países, más que en las revistas de alto impacto. En nuestro estudio se seleccionaron las revistas de alto impacto debido a que las investigaciones publicadas en ellas pueden brindar más utilidad a estos países, al estar indizadas en las bases de datos, y debido a que son de más fácil acceso y su difusión es mayor (4). Por otra parte, la mayor parte de las revistas publicadas en los países en vías de desarrollo no está indizada en las bases de datos y, así, en nuestro estudio no existieron los recursos necesarios para la realización de una búsqueda de la bibliografía local en todos los países en vías de desarrollo.

La mayoría de los artículos sobre salud mental internacional que cumplían los criterios del estudio se refería a países con una población pequeña y con un IDH elevado, tales como Hong Kong y Singapur, o procedía de dichos países. Los países de gran población y con un IDH medio, como China e India, estuvieron representados en un grado menor. Sólo aparecieron representados dos países con un IDH bajo, Nigeria y Timor Oriental.

Únicamente alguno de los 65 artículos sobre salud mental que cumplían los criterios del estudio tuvo un interés elevado respecto a la salud pública. La mayoría de los estudios (41 artículos) se realizó en contextos de especialización en salud mental más que en contextos comunitarios o de asistencia primaria. En conjunto, 19 estudios eran publicaciones de casos aislados. Además, el trastorno evaluado con mayor frecuencia fue la psicosis (20 artículos), mientras que sobre la depresión sólo se publicaron 14 artículos, a pesar de que esta enfermedad constituye la alteración de la salud mental más frecuente (2).

En los países con un producto interior bruto bajo se han identificado cinco áreas prioritarias de investigación en salud mental internacional (5): creación de bases de datos epidemiológicas que tengan en cuenta las características culturales, evaluaciones de las intervenciones, enfoques de prevención, salud mental de las mujeres, y violencia (5). En nuestro estudio se detectaron pocos artículos de investigación de esta naturaleza. Hubo 27 estudios epidemiológicos, pero sólo se encontraron 5 estudios acerca de las evaluaciones de intervención y un estudio relativo a la violencia. No se detectaron estudios relacionados específicamente con la salud mental de las mujeres o con la prevención.

Por lo tanto, a pesar de la existencia de recursos importantes para las investigaciones sobre salud mental, la contribución de Australia y Nueva Zelanda a las investigaciones en salud mental internacional es relativamente limitada, tal como se demuestra por las publicaciones efectuadas en las revistas de alto impacto. Las razones de esta baja representación no han sido investigadas. Una de ellas podría ser el hecho de que las revistas que son órganos de expresión de las sociedades nacionales de Psiquiatría, como ANZJP, tienden a favorecer los estudios de investigación que tienen un interés mayor para sus principales lectores. A pesar de que un grupo de 25 editores de revistas de alto impacto sobre salud

mental ha acordado recientemente fomentar la publicación de estudios de investigación que aborden las necesidades no cubiertas de salud mental en los países con un producto interior bruto bajo y medio (9), todavía es necesario desarrollar iniciativas de colaboración entre los investigadores, los organismos gubernamentales y los organismos de financiación.

La escasa capacidad de investigación existente en los países en vías de desarrollo es una razón importante para explicar la situación actual, de manera que la potenciación de dicha capacidad constituye uno de los objetivos centrales de las iniciativas adoptadas por el Global Forum for Health Research para eliminar la «brecha 10/90». La comunidad de investigadores de Australia y Nueva Zelanda, junto con las comunidades correspondientes de Norteamérica y Europa occidental, podrían participar en el proceso de establecimiento de prioridades en salud mental y en el aumento de la capacidad de investigación de los investigadores individuales y de las instituciones en todo el mundo, especialmente en los países con un producto interior bruto bajo o medio. A través de los proyectos de colaboración, se podrían efectuar planes conjuntos y facilitar el diseño y la realización de estudios de investigación, el análisis de los resultados, la aplicación de los resultados de la investigación, la formación de investigadores y el desarrollo de revistas y redes de información locales. La promoción activa de los proyectos conjuntos de investigación con los colegas internacionales podría ofrecer grandes ventajas para todas las partes.

Según la Commission on Macroeconomics and Health de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (19), las inversiones de carácter sanitario (incluyendo la investigación) efectuadas en los países en vías de desarrollo ofrecen proporciones mayores de amortización que las efectuadas en cualquier otro sector de la economía: en promedio, 3 o más dólares estadounidenses por cada dólar estadounidense invertido. La comisión citada recomendó un incremento de siete veces en la ayuda destinada a la salud pública y la dedicación de al menos un 5 % de ésta a la investigación; además, también recomendó a los gobiernos de los países en vías de desarrollo que ampliaran sus presupuestos sanitarios y de investigación. Obviamente, la financiación de las investigaciones es clave para el desarrollo de las investigaciones sobre salud mental internacional en la región Asia-Pacífico. Todos los artículos que cumplían los criterios de nuestro estudio (excepto 17) estaban fundamentados en proyectos que carecían de una financiación declarada. Sólo cinco de los estudios de investigación obtuvieron financiación proveniente de Australia y Nueva Zelanda. Parece que los organismos de investigación y de desarrollo de Australia y Nueva Zelanda realizaron una contribución relativamente modesta a la salud mental internacional. Por el contrario, el Department for International Development (DFID) del Reino Unido (20) y el National Institute of Mental Health (NIMH) de Estados Unidos (6) han incorporado recientemente la salud mental internacional en sus programas.

¿Cuál debería ser la contribución de los investigadores de salud mental de Australia y Nueva Zelanda a las investigaciones en salud mental internacional? ¿Qué cobertura deberían dedicar a las investigaciones sobre salud mental internacional las revistas de alto impacto como ANZJP? Estas preguntas no pueden ser abordadas exclusivamente desde una perspectiva científica: es necesario considerar una perspectiva ética global que tenga en cuenta las injusticias socioeconómicas de carácter histórico. Hay numerosos factores que limitan las oportunidades para la investigación sobre salud mental internacional. En cualquier caso, consideramos que en Australia y Nueva Zelanda, así como en los demás países con elevados recursos económicos, existen los recursos económicos y técnicos necesarios para que estos países desempeñen, a través de la investigación y de las publicaciones, un papel mucho más importante en la promoción de la salud mental de las personas que residen en los países con menos recursos.

Agradecimientos

El George Institute for International Health de la University of Sydney apoyó la realización de este estudio tras el establecimiento de su Mental Health Division, con una participación activa del director y la subdirectora de este organismo, Robyn Norton y Kylie Monro, respectivamente.

World Psychiatry 2007; 5:49-53

Bibliografía

1. Commission on Health Research for Development. Health research: essential link to equity in development. New York: Oxford University Press, 1990.
2. Murray CJL, Lopez AD (eds). The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. Boston: Harvard School of Public Health, 1996.
3. World Health Organization. The world health report 2001. Mental health: new understanding, new hope. Geneva: World Health Organization, 2001.
4. Global Forum for Health Research. 10/90 report on health research 2003-2004. Geneva: Global Forum for Health Research, 2004.
5. Desjarlais R, Eisenberg L, Good B et al. World mental health: problems and priorities in low income countries. New York: Oxford University Press, 1995.
6. Institute of Medicine of the National Academy. Neurological, psychiatric, and developmental disorders: meeting the challenges in the developing world. Washington: Institute of Medicine, 2001.
7. Patel V, Kleinman A. Poverty and common mental disorders in developing countries. WHO Bull 2003;81:609-15.
8. Patel V, Sumathipala A. International representation in psychiatric literature: survey of six leading journals. Br J Psychiatry 2001; 178:406-9.
9. Saxena S, Sharan P, Saraceno B. Research for Change: the role of scientific journals publishing mental health research. World Psychiatry 2004;3:66-72.
10. Doku V, Mallett R. Collaborating with developing countries in psychiatric research. Br J Psychiatry 2003;182:188-9.
11. Alem A, Kebede D. Conducting psychiatric research in the developing world: challenges and rewards. Br J Psychiatry 2003;182: 185-7.
12. Saxena S, Levav I, Maulik P et al. How international are the editorial boards of leading psychiatry journals? Lancet 2003;361:609.
13. United Nations Development Programme. Human development report 2004: cultural liberty in today's diverse world. New York: United Nations Development Programme, 2004.
14. Institute for Scientific Information. Essential science indicators. <http://scientific.thomson.com/products/esi>.
15. Jorm AF, Griffiths KM, Christensen H et al. Research priorities in mental health part 1 - an evaluation of the current research effort against the criteria of disease burden and health system costs. Aust N Zeal J Psychiatry 2002;36:322-6.
16. Keiser J, Utzinger J, Tanner M et al. Representation of authors and editors from countries with different human development indexes in the leading literature on tropical medicine: survey of current evidence. Br Med J 2004;328:1229-32.
17. Mendis S, Yach D, Bengoa R et al. Research gap in cardiovascular disease in developing countries. Lancet 2003;361:2246-7.
18. Yach D, Kenya P. Assessment of epidemiological and HIV/AIDS publications in Africa. Int J Epidemiol 1992;21:557-60.
19. Commission on Macroeconomics and Health. Macroeconomics and health: investing in health for economic development. Geneva: World Health Organization, 2001.
20. Department for International Development. DFID research funding framework 2005-7. London: Department for International Development, 2004.

La Psiquiatría europea: hacia la integración y la armonización

JOHN L. COX

University of Keele, Staffordshire, UK

En este artículo se resumen los cambios políticos y sociales que han tenido y están teniendo lugar en Europa, que han influido de manera directa en la formación de los psiquiatras y en la provisión de los servicios de salud mental. En Europa Occidental, las exigencias de los usuarios de los servicios han dado lugar a una integración más estrecha de los servicios sociales y sanitarios, así como a una mayor colaboración entre los profesionales de la salud, tanto en su formación como en la práctica asistencial. Los psiquiatras europeos del futuro tendrán que adoptar una perspectiva de carácter internacional y familiarizarse con el impacto de los factores culturales sobre los trastornos mentales. Además, será necesario que tengan capacidad para trabajar en equipos multiprofesionales.

Palabras clave: Europa, formación psiquiátrica, servicios de salud mental, asociaciones psiquiátricas

Hay pruebas de que la Psiquiatría europea está inmersa en un proceso de integración y armonización. Este proceso se está llevando a cabo en función del Tratado de Roma, que dio lugar a la creación de la Unión Económica, el Tratado de Maastricht posterior y, recientemente, la «Constitución» de carácter integrador. Esta Constitución podría fomentar la toma de decisiones compartidas en la Europa ampliada e incrementar la colaboración con los programas políticos, económicos y de bienestar correspondientes a países extraeuropeos.

Se espera que estos procesos políticos también puedan dar lugar a un incremento de la armonización en la formación de los médicos y en los estándares formativos. Dado que los médicos tendrán más oportunidades para desplazarse y atravesar las fronteras nacionales, el establecimiento de la equivalencia entre los programas formativos de licenciatura y posgrados, incluyendo el desarrollo de una educación profesional continuada, se ha convertido en una prioridad clave en el momento presente.

Es en este nuevo contexto sociopolítico en el que debe tener lugar cualquier consideración relativa a los servicios de salud mental comunitarios en Europa, así como a la comprensión del papel de las migraciones, los desastres y el terrorismo en la causalidad de numerosas enfermedades mentales.

Tanto la unión europea (UE) como la WPA fueron creadas tras la Segunda Guerra Mundial, en parte como respuesta a la necesidad de aproximación de los distintos países (a fin de reducir la posibilidad de una tercera guerra europea) y, en el caso de la WPA, para compartir la experiencia psiquiátrica a través de todo el mundo.

La globalización, el terrorismo internacional y los desastres naturales que han tenido lugar en los decenios más recientes han demostrado que los acontecimientos que tienen lugar en Europa y en otras regiones del mundo nos afectan a todos. El ataque terrorista del 11 de septiembre en Estados Unidos dio lugar claramente a una «reorganización de las piezas del caleidoscopio global», de manera que en este momento desconocemos cuáles son los patrones que van a emerger.

El 1 de mayo de 2004 se unieron a la UE 10 países (los Estados Bálticos, Eslovaquia, Eslovenia, Polonia, Hungría, República Checa, Malta y Chipre), y el 1 de enero de 2007 lo han hecho Rumanía y Bulgaria. Sigue estando pendiente el ingreso de Turquía y Croacia, lo que posiblemente sólo tenga cuando ambos países cumplan los criterios económicos y políticos necesarios para ello.

Sin embargo, Europa es una región todavía mucho más amplia, que incluye no solamente Suiza y Noruega, sino también Rusia, Albania y Ucrania. Entre los distintos países europeos hay diferencias sustanciales, tanto en lo económico como en el idioma y la cultura, lo que podría influir en el grado de cohesión de Europa y en la posibilidad de que esta región se convierta en un contrapeso de la potencia económica de Estados Unidos.

Por lo tanto, es esencial tener en cuenta estos procesos políticos si se desea lograr una aplicación adecuada y global de los ser-

vicios de salud mental y el desarrollo de programas formativos pertinentes a las necesidades locales en Europa.

ORGANIZACIONES PSIQUIÁTRICAS EUROPEAS

Hay cuatro organizaciones psiquiátricas importantes en Europa, que recientemente se han unido en un grupo de trabajo para revisar la formación psiquiátrica en Europa, coordinar dicha formación con los créditos de Educación Médica Continuada (FMC), definir la identidad del «psiquiatra europeo» y resumir las características de un servicio de salud mental comunitario moderno.

La WPA está constituida por 130 sociedades miembro y por cuatro regiones. En la Región europea hay cinco Representantes de zona de la WPA en 52 países, con 59 asociaciones de Psiquiatría.

La Organización Mundial de la Salud ha incrementado recientemente su interés por la salud mental en Europa, por ejemplo, a través de la publicación del libro «*Depression: social and economic time bomb*» (1) de gran utilidad, y también ha promovido la Conferencia Ministerial de Helsinki sobre salud mental, en la que los ministros de sanidad de 40 países firmaron una declaración relativa a las prioridades de los servicios de salud mental, por la cual los distintos gobiernos se comprometieron a garantizar una financiación y una formación más adecuadas de los profesionales sanitarios, de manera que sea posible establecer servicios de salud mental que cubran las necesidades de los pacientes.

La European Union of Medical Specialists (UEMS) es un organismo de la UE en cuyo seno existen subsecciones de Psiquiatría del adulto y de Psiquiatría del niño y el adolescente, constituidas por representantes de todos los estados miembro. La UEMS ha trabajado durante muchos años para armonizar los programas formativos y para controlar los estándares de formación y los períodos formativos temporales que llevan a cabo los psiquiatras en distintos centros.

La Association of European Psychiatrists (AEP) es la primera asociación científica que se creó en Europa, y está constituida por miembros individuales más que por organizaciones. La AEP ha desarrollado con gran éxito cursos itinerantes para posgraduados, y se podría convertir en una organización que diera cobertura a los líderes de las asociaciones de Psiquiatría en Europa.

No obstante, hay disparidades considerables entre los distintos países europeos respecto a la duración y los contenidos de la formación en Psiquiatría, así como también diferencias en los niveles de bienestar económico y en las perspectivas políticas. Por ejemplo, la formación en subespecialidades es habitual en Reino Unido; la formación en psicoterapia es obligatoria para todos los psiquiatras en Francia; la revalidación de la titulación es obligatoria para todos los médicos de Reino Unido; el alcance de la le-

gislación sobre salud mental varía no solamente entre Inglaterra y Escocia sino también, y en mayor medida, entre los países europeos del oriente y del occidente. Por otra parte, la financiación de los servicios sanitarios procede de los impuestos generales en Suecia y en Reino Unido, y de la seguridad social en Francia y Alemania.

La comparación de los servicios de salud mental perinatales, que es el área de mayor interés para el autor de este artículo, es especialmente compleja. Las visitas sanitarias a domicilio sólo existen en Reino Unido, mientras que en Francia los psiquiatras responsables de las unidades de hospitalización madre-lactante son los psiquiatras infantiles, no los psiquiatras del adulto. Por otra parte, la prevalencia de las enfermedades mentales posnatales es similar en la mayor parte de los países europeos (10-13 %), y en todos ellos la mala relación con la suegra es un factor estresante psicosocial frecuente (2).

Por lo tanto, en Europa hay muchos ejemplos de la heterogeneidad de los países y las personas, a pesar de que también existen abundantes similitudes entre los países y las personas. Todas estas cuestiones han sido evaluadas en el Congreso Internacional de la WPA que se llevó a cabo en julio de 2006 en Estambul, Turquía.

El número de psiquiatras por persona existente en Europa Occidental es el mayor de todo el mundo, una cifra que indica la posibilidad de que puedan elaborarse pautas uniformes para la asistencia psiquiátrica.

ASOCIACIONES DE PSIQUIATRÍA EN EUROPA: HACIA LA ARMONÍA Y LA INTEGRACIÓN

Las asociaciones profesionales de psiquiatras (sociedades miembro de la WPA) muestran variaciones considerables en sus objetivos y en sus miembros, debido a sus diferentes historias previas. Por ejemplo, Francia tiene seis organizaciones profesionales; en Rusia hay dos sociedades, y en muchos de los demás países (como Alemania y Noruega) sólo hay una sociedad. El tamaño de estas sociedades muestra grandes variaciones; la de mayor tamaño es el Royal College of Psychiatrists de Reino Unido, con más de 9.000 miembros, y la de tamaño menor sólo tiene 500 miembros. Los miembros de las sociedades de Psiquiatría en Europa están coordinados por cinco Representantes de zona elegidos por la Asamblea general de la WPA, que se mantienen en el cargo durante un período de 3 años (renovable por otros 3 años). Estos Representantes de zona influyen en la política de la WPA a través del Comité ejecutivo, que se reúne anualmente y que revisa los presupuestos y el plan trienal.

En la «Reunión del Milenio», que tuvo lugar en Londres en 2001, se evaluó la función que desempeñan las asociaciones nacionales de Psiquiatría en la promoción de las identidades de los psiquiatras en Europa. El lema «Todo ha cambiado y todo está cambiando» fue desarrollado en mi conferencia, en la que se subrayaron los factores sociales que estimulan la demanda de nuevos servicios de salud mental comunitarios: la mayor implicación del usuario/paciente, la demanda de una mayor autonomía de los pacientes, la reducción del paternalismo médico, la desconfianza respecto a la autoridad en las instituciones, la mejora de la formación de los profesionales de la salud mental, y el incremento de la expectativa de que los servicios de salud mental sean equitativos y estén a disposición de las minorías étnicas. La exigencia pública para que los médicos demuestren su grado de competencia ha dado lugar a una evaluación anual, una revalidación de los títulos de los médicos cada 5 años y la creación de un ítem específico en el listado de los médicos registrados, que indica que el médico mantiene su «licencia para el ejercicio profesional».

Las organizaciones psiquiátricas son útiles para la creación de la identidad profesional a través de la configuración y la presentación colectiva de las aspiraciones y los valores de los psiquia-

tras. La Psiquiatría es una disciplina de carácter integrador fundamentada en una base de evidencia que va desde las ciencias biológicas hasta la psicología y las ciencias sociales. Así, en un servicio comunitario moderno, el psiquiatra debe ser un especialista del cerebro o la mente con capacidad para llevar a cabo una Psiquiatría basada en la evidencia y adaptada a las necesidades de cada paciente. La integración en equipos multiprofesionales es uno de los retos a los que se enfrenta la Psiquiatría de todo el mundo, y no constituye una amenaza para los psiquiatras bien formados que, sin este adecuado entrenamiento, podrían sentir temor por la posible pérdida de su identidad profesional.

Es necesario atravesar en ambas direcciones y durante todo el tiempo los límites entre la Psiquiatría primaria y la secundaria; la neurociencia y las ciencias sociales, la Psiquiatría y la psicología, los curanderos tradicionales y los consejeros religiosos y psicoterapeutas; el hospital y la comunidad. Estos desplazamientos son impulsados por dos fuerzas sociales, por lo menos. La primera de ellas es la demanda de los usuarios respecto a una mayor autonomía y a una asistencia sanitaria más personalizada. La segunda es la correspondiente a los avances científicos de la Psiquiatría, que demuestran —por ejemplo— el mecanismo de relación entre la expresión genética, el desarrollo temprano y la personalidad del adulto.

En la mayor parte de Europa Occidental está cambiando rápidamente la función del psiquiatra. Somos profesionales «caros», aun teniendo en cuenta que nuestra combinación específica de habilidades (médicos con conocimientos en ciencias sociales, psicológicas y biológicas) es clave para una asistencia moderna en salud mental y para una atención óptima de los pacientes más complejos. Este proceso ofrece un paradigma no solamente a la Psiquiatría como especialidad médica, sino también a la Medicina en su conjunto. Fulford y cols. (3) han señalado correctamente que estas perspectivas integradoras procedentes de la propia Psiquiatría posiblemente también tendrán que ser adoptadas por la Medicina en su conjunto. La Psiquiatría está en el centro de la Medicina, no en su periferia.

Los cambios en la formación posgraduada de los médicos jóvenes de Reino Unido podrían fomentar aún más esta amplia integración de la experiencia básica. Actualmente, todos los médicos de Reino Unido pueden realizar una rotación de 4 meses en Psiquiatría y en Medicina general durante los 2 primeros años de formación posgraduada. El reconocimiento de la intensidad de la comorbilidad de los trastornos mentales en los servicios de ginecología/obstetricia y de oncología está haciendo que estos especialistas incrementen su propia experiencia en salud mental y que puedan aportarla en los equipos en los que ejercen.

Exigentes pacientes requieren que los médicos a los que consultan comprendan sus necesidades y temores personales, y que identifiquen y traten los trastornos mentales coexistentes. A pesar de su carácter engorroso, el desarrollo de planes y programas asistenciales que enfatizan la participación de equipos multidisciplinarios y la inclusión de la familia del paciente en el proceso de consulta puede fomentar una valoración diagnóstica auténticamente integradora y multidimensional.

Las directrices International Guidelines for Diagnostic Assessment de la WPA (4) resumen valientemente este amplio abordaje de la asistencia psiquiátrica. Lo que ahora se necesita de manera urgente es la realización de estudios de campo para determinar la manera de aplicación de estas directrices en el contexto de las situaciones clínicas agudas. También son necesarias recomendaciones acerca de la forma y el momento en el que se debe completar esta evaluación multimodelo, y quién la debe realizar.

La práctica clínica general que ha llevado a cabo Paul Tournier en Ginebra (5) implica, como rasgo positivo más característico, una «Medicina de la persona». Su aspecto más novedoso no ha sido sólo el énfasis en la relación médico/paciente con un enfoque es-

piritual más amplio, sino también el concepto de que la persona del médico es un determinante clave de este proceso bidireccional.

Estas perspectivas de integración fueron consideradas de nuevo en la reunión de abril de 2004 del mencionado grupo de trabajo de las organizaciones psiquiátricas europeas. Hubo acuerdo en que, en la asistencia contemporánea de salud mental, es necesario prestar un énfasis mayor a la provisión de los servicios que responden a las necesidades de los usuarios de dichos servicios. Los servicios deben poseer flexibilidad y movilidad; los servicios hospitalarios deben constituir el elemento de respaldo de los servicios comunitarios, y los servicios de salud mental deben ser multidisciplinarios y dependientes de organismos múltiples.

Las implicaciones de estos nuevos servicios de salud mental sobre la formación de los profesionales son considerables. Por ejemplo, es necesario una especificación de las competencias de todos los profesionales de la salud mental, lo que –a su vez– dará lugar a una mayor claridad en relación con las capacidades específicas y distintivas de cada psiquiatra.

CONCLUSIONES

En este artículo se resumen los cambios políticos y sociales que están teniendo lugar en Europa y que están influyendo de manera directa en la formación de los psiquiatras y en la provisión de los servicios de salud mental. Algunos estos cambios son más específicos de los países de Europa Occidental, en los que existen grupos de consumidores exigentes y tipos diversos de profesionales de la salud mental en los niveles asistenciales primario y secundario. No obstante, la entrada en la UE de los países pertenecientes anteriormente al ámbito comunista y la posibilidad de que en la UE se integre un país musulmán (Turquía) a lo largo del próximo decenio ofrecen una clara oportunidad para que Europa pueda aprovechar como región toda su rica herencia científica y cultural para el desarrollo de servicios equitativos que tengan en cuenta las opiniones de los pacientes y que estén individualizados y basados en la evidencia.

Si ello se lograra, no sólo se beneficiarían los europeos sino que también lo harían de manera tangible las personas que residen en otras regiones del mundo. La migración a través de las

fronteras nacionales y la mayor proximidad de personas que pueden no compartir una herencia cultural o un idioma agudizan la necesidad de la formación en Psiquiatría transcultural, y permiten comprobar el aserto de Murphy: «La Psiquiatría transcultural empieza en casa».

El psiquiatra europeo del futuro necesitará una perspectiva internacional, una formación genérica en ciencias biológicas y sociales, el conocimiento del impacto de la cultura sobre los trastornos mentales, la capacidad para trabajar en equipos multiprofesionales y, en muchos casos, para dirigirlos.

En Europa Occidental, las demandas de los usuarios de los servicios (con su convincente crítica del paternalismo) han dado lugar a una integración más estrecha de los servicios sociales y sanitarios y también a una práctica asistencial y una formación que refleja una mayor colaboración entre los distintos profesionales sanitarios.

Así, el psiquiatra europeo debe ser un científico y un clínico de formación amplia y actualizada, capaz de ajustar los tratamientos y servicios de salud mental a las necesidades individuales de los pacientes en un contexto creciente de migración de poblaciones diversas. Así, los servicios de salud mental también podrán contribuir a la tarea urgente de reducir el riesgo y los rumores de guerra, así como reducir las amenazas y las consecuencias del terrorismo internacional.

World Psychiatry 2007; 5:54-56

Bibliografía

1. Dawson A, Tylee A (eds). Depression: social and economic time-bomb. London: BMJ Books, 2000.
2. Asten P, Marks MN, Oates MN et al. Aims, measures, study sites and participant samples of the Transcultural Study of Postnatal Depression. *Br J Psychiatry* 2004;184(Suppl. 46):s3-s9.
3. Fulford KWM, Stanghellini G, Broome M. What can philosophy do for psychiatry? *World Psychiatry* 2004;3:130-5.
4. IGDA Workgroup, WPA. IGDA. Introduction. *Br J Psychiatry* 2003;182(Suppl. 45):s37-s39.
5. Tournier P. The meaning of persons; reflections on a psychiatrist's casebook. London: SCM Press, 1966.

La cooperación regional en los países de Asia del Sur en el campo de la salud mental

JITENDRA K. TRIVEDI¹, DISHANTER GOEL¹, ROY A. KALLIVAYALIL², MOHAN ISAAC³, DHRUBA M. SHRESTHA⁴, HARISH C. GAMBHEERA⁵

¹Department of Psychiatry, King George Medical University, Lucknow, India

²Department of Psychiatry, Medical College, Trichur, India

³University of Western Australia, Perth; Fremantle Hospital and Health Services, Fremantle, Australia

⁴Department of Psychiatry, Nepal Medical College, Kathmandu, Nepal

⁵Sri Lankan Psychiatric Association, Colombo, Sri Lanka

En la región de Asia del Sur vive aproximadamente la cuarta parte de la población mundial y la quinta parte de toda la población psiquiátrica mundial. Sin embargo, en esta región no existen políticas ni infraestructuras de salud mental. Durante los últimos años se ha prestado atención a cuestiones como la asistencia comunitaria, la formación de las personas que trabajan en el ámbito asistencial, la satisfacción de los pacientes y la mejora de la legislación. Dado que esta región está presentando un desarrollo rápido, es necesaria la cooperación en el campo de la salud mental para mantener el equilibrio con las demás áreas. La cooperación es necesaria para el desarrollo de formas culturalmente aceptables de psicoterapia y de nuevos métodos para la provisión de los servicios de salud mental. Otra área de posible cooperación es el desarrollo de una clasificación de trastornos mentales que tenga un mayor grado de aplicación en el contexto de Asia del Sur. También se ha dado prioridad a la definición de un programa de salud mental y a su inclusión en los diferentes niveles de la asistencia sanitaria. Dado que la mayor parte de los países que constituyen esta área geográfica posee recursos económicos limitados, los fondos se deben utilizar de la manera económicamente más rentable, por lo que es necesaria una mayor colaboración entre estos países. En esta zona es necesario abordar las nuevas necesidades de investigación que permitan solucionar los requerimientos locales y comprender las enfermedades desde una perspectiva regional; sin embargo, las investigaciones no serán fructíferas si no existe una cooperación regional. Con el objetivo de potenciar la cooperación en salud mental, los organismos de alcance mundial, como la WPA, deben ofrecer sus servicios para conseguir que todos los países actúen sobre una plataforma común. La WPA ya ha realizado un trabajo encomiable en esta dirección y ha extendido en todo momento su apoyo a los organismos regionales, con objeto de potenciar la salud mental en esta región del mundo.

Palabras clave: Cooperación regional, Asia del Sur, salud mental

Asia representa una de las regiones de mayor densidad de población, y algunos de los países que constituyen este continente tienen las economías de crecimiento más rápido en todo el mundo. En la región de Asia del Sur reside aproximadamente el 23 % de la población mundial y alrededor de la quinta parte de las personas que sufren enfermedades psiquiátricas en todo el mundo. La South Asian Association for Regional Co-operation (SAARC) se constituyó el 8 de diciembre de 1985 en Dhaka, Bangladesh. Los siete estados miembro son Bangladesh, Bután, India, Maldivas, Nepal, Pakistán y Sri Lanka. Afganistán se incorporó como nuevo miembro en 2005.

A pesar de las inmensas diferencias culturales, religiosas, geográficas y políticas que existen entre estos países, los factores que influyen en la salud mental son comunes en toda esta amplia región, tal como se ha demostrado en la conclusión de la reciente cumbre asiática, cuyo eslogan ha sido «Una visión, una identidad, una comunidad». Así, la necesidad de reforzar la cooperación regional en el campo de la salud mental ha sido percibida en todo momento.

La cooperación es necesaria para priorizar las necesidades de salud mental y para definir los problemas específicos de esta área asistencial en la región, para desarrollar una estrategia económicamente rentable de abordaje de estos problemas, y para potenciar la participación de las asociaciones regionales de Psiquiatría en la modificación de las actitudes hacia la salud mental en Asia del Sur.

La cooperación también es necesaria para el desarrollo de formas culturalmente aceptables de psicoterapia y de nuevos métodos para la provisión de los servicios de salud mental. Otra área de posible cooperación es el desarrollo de un sistema de clasificación que posea un mayor grado de aplicación en el contexto de Asia del Sur, así como la inclusión de una representación más detallada de las enfermedades con características culturales específicas en las clasificaciones internacionales de los trastornos mentales que se propongan en el futuro.

SITUACIÓN DE LA SALUD MENTAL EN LA REGIÓN DE ASIA DEL SUR

Los siete países que constituyen la SAARC constituyen un grupo de países con producto interior bruto bajo, con una renta *per capita* que oscila entre los 220 (Nepal) y los 1.160 dólares estadounidenses (Maldivas) (1999). La prevalencia y los problemas planteados por los trastornos mentales en todos estos países son similares. Estimando una prevalencia de trastornos mentales del 10-12 %, el número de personas con enfermedades mentales que vive en esta región sería de 150-200 millones.

Sólo existen políticas nacionales de salud mental en cuatro países: India, Pakistán, Nepal y Bután. Con excepción de India, un país en el que se implementó una política de salud mental en 1932, en todos los demás países estas políticas se han desarrollado a finales del decenio de 1990. Por esta razón, dichas políticas son muy genéricas, y en países como India no existen iniciativas de tipo político para el control de las drogas y las sustancias y la prevención de los cuadros de abuso. A pesar de que en algunos países hay legislaciones sobre salud mental, éstas son antiguas y necesitan enmiendas. En la mayoría de los países se han implementado programas nacionales de salud mental. Algunos de ellos han integrado la salud mental con el sistema sanitario general, mientras que en otros hay programas de salud mental separados. Algunos países cuentan con presupuestos separados para las actividades relacionadas con la salud mental.

La mano de obra para la provisión de servicios de salud mental es groseramente insuficiente. El número de psiquiatras por cada millón de personas de la población general oscila entre 0,4 en India y 3 en Maldivas, mientras que el número de profesionales de enfermería especializados en Psiquiatría oscila entre 0,4 en India y 18 en Sri Lanka. El número total de camas de Psiquiatría por cada 10.000 personas de la población general oscila entre 0,065 en Bangladesh y 1,8 en Sri Lanka.

La centralización de los sistemas de asistencia en salud mental ha sufrido un retroceso importante durante los últimos años,

y en la actualidad el interés se ha desplazado hacia la asistencia comunitaria más que hacia la creación de nuevos manicomios. Hay muchas razones que explican el fracaso de los manicomios en la región de Asia del Sur, tales como el tratamiento inadecuado de los pacientes, el aislamiento geográfico y profesional, las dificultades de notificación y control, la gestión inadecuada, los recursos económicos insuficientes, la inexistencia de personal bien formado y los procedimientos inadecuados de control de la calidad. El concepto de asistencia comunitaria ha desplazado el interés hacia los tratamientos individualizados, la ampliación de la gama de servicios, la implantación de programas terapéuticos coordinados, la aplicación de servicios de tipo domiciliario, la asistencia ambulatoria y la consideración de las necesidades de los cuidadores.

La potenciación de la cooperación entre los distintos países de la región de Asia del Sur permitirá una mejora del enfoque de los problemas planteados en la asistencia mental y en su aplicación. Es necesaria la colaboración en áreas como la investigación, la organización de la asistencia comunitaria, la educación sanitaria, la concienciación pública a través de los medios de comunicación, la publicación de los datos, la implementación de programas formativos, el intercambio de profesionales, la integración con la asistencia sanitaria general, la formación de los médicos de asistencia primaria, el diseño de programas nacionales de salud mental, la enseñanza de la Psiquiatría a los estudiantes de Medicina, la Psiquiatría hospitalaria general y la colaboración del sector privado y de las organizaciones no gubernamentales (ONG).

PRIORIDADES DE LA SALUD MENTAL EN LA REGIÓN DE ASIA DEL SUR

En la mayoría de los países de la SAARC el gasto en salud mental de los gobiernos es inferior al 1 % del presupuesto sanitario nacional total. La mayoría de las personas que necesitan tratamiento debe costearlo con dinero de su propio bolsillo, y en la mayor parte de las situaciones no existe un sistema de seguridad social que cubra estas eventualidades. Por lo tanto, la mayoría de las personas pobres no recibe el tratamiento adecuado, o prefiere formas alternativas de tratamiento, más baratas y asequibles, aunque no más eficaces.

La Secretaría General de Naciones Unidas pidió en 2001 a todos los gobiernos que consideraran la salud mental una prioridad, que dedicaran a ella los recursos necesarios y que desarrollaran las políticas e implementaran las reformas necesarias para abordar este urgente problema. De la misma manera, el Director General de la Organización Mundial de la Salud amplió esta solicitud a todos los estados miembro. Sin embargo, hasta el momento no se han producido cambios significativos.

Se ha recomendado establecer las siguientes prioridades en salud mental para la región de Asia del Sur: consideración de la salud mental como una de las prioridades en el sistema nacional de salud; creación de un presupuesto separado para la salud mental; integración de la salud mental en todos los niveles del sistema sanitario general; desarrollo de programas de salud mental por regiones geográficas o distritos, con objetivos definidos; incremento del número de psiquiatras y de otros profesionales de la salud mental; promoción de la legislación sobre salud mental; garantía de la disponibilidad gratuita de fármacos psicotrópicos y antiepilépticos; apoyo de las familias y los grupos comunitarios para que cuiden a los pacientes que sufren enfermedades mentales y los mantengan con ellos en la comunidad, para su rehabilitación; creación de fondos de bienestar social y discapacidad para los pacientes con enfermedades mentales crónicas, y realización de evaluaciones regulares de los programas de salud mental por distritos.

La magnitud de los problemas relacionados con la salud mental es enorme, en un contexto de limitación de los recursos eco-

nómicos y de otro tipo, de escasez de profesionales de la salud mental con la formación adecuada y de una situación en la que hay que dedicar una gran cantidad de recursos a las enfermedades transmisibles. Así, es necesaria una estrategia económicamente rentable para una provisión mejor de la asistencia sanitaria.

Dicha estrategia puede incluir los elementos siguientes: conceptualización, definición, delimitación y definición del alcance de los conceptos de «salud mental» y «enfermedad mental»; consideración y promoción publicitaria de los conceptos de «salud mental» y «enfermedad mental»; explotación de los recursos existentes; establecimiento de alianzas y colaboraciones sostenibles entre los diferentes organismos públicos, las organizaciones gubernamentales, las ONG y, en general, los sectores público y privado, a fin de compartir la asistencia de los enfermos; integración de los aspectos básicos de la asistencia en salud mental en todos los programas existentes de salud, educación y bienestar social promovidos por los gobiernos y por las ONG; formación directa, apoyo y supervisión de los distintas categorías del personal sanitario; potenciación de la «alfabetización en salud mental» de la población general; establecimiento de «objetivos» e «indicadores» cuantificables para conocer los avances, y promoción de programas innovadores para la provisión de servicios de salud mental, y para la formación y la investigación en esta área.

COOPERACIÓN EN LAS INVESTIGACIONES SOBRE SALUD MENTAL EN ASIA DEL SUR

Asia del Sur es una región prácticamente inexistente en el campo de las investigaciones sobre salud mental, debido sobre todo a la insuficiencia del apoyo económico, a la inexistencia de las infraestructuras adecuadas y a la escasa colaboración entre los diferentes organismos existentes en la región, principalmente a causa de las barreras políticas existentes entre los países.

Toda Asia del Sur se enfrenta al problema de las «injusticias en materia de salud». La mayor parte de las personas vive en áreas rurales o en suburbios de las ciudades, sin acceso a ninguna forma de asistencia. Son necesarios nuevos sistemas de provisión de asistencia sanitaria para atender a este importante grupo de personas. Se deben definir nuevas vías asistenciales, y también hay que tener en cuenta las fuentes asistenciales tradicionales (p. ej., los curanderos que sanan mediante métodos mágicos o religiosos).

En Asia del Sur se han identificado algunas áreas potenciales de colaboración en investigación: rehabilitación psiquiátrica; tratamiento de la depresión mayor; psicoterapia culturalmente aceptable; provisión de servicios de salud mental; estudios epidemiológicos; incidencia, curso y evolución de las enfermedades mentales; psicosis agudas; sistemas de clasificación; psicoeducación, y psicofarmacología transcultural.

Algunos países individuales, como India, han efectuado varias contribuciones significativas a la investigación psiquiátrica. El trabajo de diversos organismos públicos ha sido encomiable, y entre ellos han destacado el Indian Council of Medical Research, la Organización Mundial de la Salud, el Department of Science and Technology del gobierno hindú, el Indian Council of Scientific and Industrial Research y el Fondo para la Infancia de Naciones Unidas. Se han constituido diversas asociaciones de Psiquiatría, como la Asian Federation for Psychiatry and Mental Health (AFPMH) en 1981 (Indonesia, Malasia, Filipinas, Tailandia, Singapur y, actualmente, también Brunei, Laos, Camboya, Myanmar y Vietnam), el South Asian Forum for Psychiatry and Mental Health (SAFPMH) en 2002 (India, Pakistán, Sri Lanka, Bangladesh, Nepal, Bután) y la SAARC Federation of Psychiatry (SFP) en 2004. Las compañías farmacéuticas multinacionales también están actuando en India a través de la implicación de diversas instituciones de este país en diversos ensayos clínicos multicéntricos internacionales. También es

destacable la contribución de la Indian Psychiatric Society (IPS), que es el grupo de mayor tamaño existente en Asia del Sur constituido por psiquiatras bien formados y que ha desempeñado un papel importante en la coordinación de la investigación en esta región geográfica. La IPS ha fomentado la participación de toda la región en sus conferencias anuales, con el objetivo de conseguir una mayor cooperación interna regional para las investigaciones.

LA WPA Y EL DESARROLLO DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL EN LOS PAÍSES QUE CONFORMAN LA SAARC

La WPA puede desempeñar un papel de gran utilidad en el desarrollo de los servicios de salud mental en los países que conforman la SAARC. Uno de los requisitos imprescindibles de este programa es la identificación de las áreas en las que son necesarios una reorientación y un desarrollo adicional. Estas áreas pueden ser distintas en cada país de la región geográfica de Asia del Sur. Entre ellas: las políticas, legislaciones y estrategias sobre salud mental; las directrices de práctica clínica; la capacitación de los profesionales de la salud mental en ciertas áreas; el desarrollo de infraestructuras y la implementación de sistemas; la mejora de las relaciones con los países no pertenecientes a Asia del Sur; el desarrollo de los conocimientos sobre las distintas cuestiones de la salud mental en la región; la concienciación de la sociedad y el estigma; la financiación y la promoción, y las violaciones de los derechos de los pacientes.

Desde hace tiempo se conoce la necesidad del desarrollo de directrices de práctica clínica, específicas para el contexto, que sean aplicables a la región de Asia del Sur. En la actualidad, los países que conforman la SAARC siguen los modelos de gestión desarrollados en los centros más activos, y estos modelos han tenido que ser adaptados teniendo en consideración las características culturales y socioeconómicas de la región.

La escasez grave de profesionales de la salud mental existente en la región de Asia del Sur es uno de los principales factores que limitan el desarrollo de los servicios de salud mental. Así, la capacitación de los trabajadores de la salud mental es uno de los pasos más importantes en el desarrollo de los servicios de salud mental. La capacitación de estos trabajadores en áreas específicas, como la rehabilitación, y su formación en subespecialidades como la Psiquiatría comunitaria, la Psiquiatría forense, la psicogeriatría y la Psiquiatría infantil y del adolescente permitiría incrementar la calidad de la asistencia prestada.

Las conferencias internacionales copatrocinadas por la WPA en los distintos países de la región de Asia del Sur podrían cons-

tituir un buen instrumento para la capacitación de los profesionales. Además, también podrían ser aspectos esenciales la formación a través de materiales educativos, libros y revistas; las rotaciones formativas becadas, y la ayuda para la preparación de las materias que deben aprender los profesionales de la salud mental.

El asesoramiento de la WPA podría ser muy útil para la reorientación en el desarrollo de los servicios de salud mental y en la promoción de la formación continuada de los profesionales. Muchos de nuestros profesionales de la salud mental se mantienen aislados en las localidades en las que residen y sólo pueden aprender de su propia experiencia, debido a que carecen de vínculos con el mundo exterior. Por supuesto, esta situación es muy lamentable y representa una violación de los derechos de los pacientes que sufren enfermedades mentales.

La mayor parte de los países de la SAARC utiliza las estadísticas del mundo occidental para la evaluación de la incidencia de las enfermedades mentales. El apoyo regional y la orientación para la realización de actividades de investigación serían medidas útiles para identificar las prioridades en salud mental existentes en la región de Asia del Sur, así como para valorar y controlar las tendencias de las distintas enfermedades mentales. El establecimiento de un fondo de investigación para la región podría mejorar la capacidad de investigación de los profesionales de la salud mental, permitiría identificar las necesidades que hay que investigar y facilitaría la organización y la difusión del conocimiento ya existente en relación con esta región.

También sería de gran ayuda, para mejorar la asistencia psiquiátrica en la región, ofrecer asesoramiento a los gobiernos para incrementar la concienciación acerca del problema representado por las enfermedades mentales y para combatir el estigma en todos los ámbitos.

La WPA puede ayudar a los países de la SAARC a establecer estrategias que protejan los derechos humanos de las personas que sufren enfermedades mentales. El escaso desarrollo de los servicios de salud mental en cualquier país constituye una violación del derecho del paciente a recibir el mejor tratamiento disponible, al igual que ocurre con las demás ramas de la Medicina.

La organización y la coordinación del conjunto de actividades mencionadas en relación con el desarrollo de los servicios de salud mental requieren un punto de referencia. Así, lo más adecuado en este momento sería el establecimiento de una institución que se pudiera convertir en un centro de excelencia respecto a la salud mental en la región de los países que constituyen la SAARC.

World Psychiatry 2007; 5:57-59

Integración de la salud mental en atención primaria: iniciativas locales en Uganda

EMILIO OVUGA¹, JED BOARDMAN², DANUTA WASSERMAN³

¹Department of Psychiatry, Makerere University, P.O. Box 7072, Kampala, Uganda; ²Health Services Research Department, Institute of Psychiatry, King's College, Londres, UK; ³Swedish National and Stockholm County Center for Suicide Research and Prevention of Mental Ill-Health, National Institute for Psychosocial Medicine; Department of Public Health Sciences, Karolinska Institute, Box 230 SE, 171 77 Estocolmo, Suecia

Uganda ha atravesado una sangrienta guerra civil que ha durado más de 40 años. Desde 1987, la pandemia del VIH/SIDA ha complicado aún más todos los problemas del país. En este artículo se describen algunas iniciativas que se han llevado a cabo para el desarrollo de los servicios de salud mental en una región del país. La aplicación de un enfoque participativo en la región citada dio lugar a la creación de un programa de salud mental apoyado con fuerza por dos grupos de autoayuda, por los líderes políticos de la región y por los representantes de la región en el parlamento nacional. Se llevó a cabo la formación de los médicos de atención primaria en todos los niveles asistenciales de la región, con el objetivo de poner a disposición de la población rural los distintos servicios. Los planes para el futuro, fundamentados en los análisis iniciales de carácter exploratorio, persiguen la implicación de todos los sectores representativos de la comunidad: los organismos gubernamentales de educación y bienestar social; los sistemas penitenciario, policial, judicial y de libertad condicional; las fuerzas armadas; los líderes culturales y religiosos, y los curanderos. Estas iniciativas demuestran que es posible la capacitación de los grupos comunitarios para que participen en el desarrollo de programas de salud mental en un país pobre.

Palabras clave: Integración, salud mental, atención primaria de la salud

Uganda ha sufrido una sangrienta guerra civil por motivos políticos a lo largo de 40 años. Desde 1987, la pandemia del virus de inmunodeficiencia humana (VIH)/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) ha complicado aún más todos los problemas del país. En estas circunstancias, era de esperar que los indicadores de la salud mental mostraran un incremento de los problemas (1). Sin embargo, a lo largo de los 15 últimos años se han dado pasos importantes para mejorar la provisión de la asistencia psiquiátrica en el país (2), y se ha fomentado el papel de la Psiquiatría en la educación médica (3).

La política sanitaria de Uganda ha dado lugar a una descentralización de la provisión de los servicios asistenciales a las distintas regiones, y la salud mental es considerada un componente del paquete asistencial mínimo. En este artículo se describen algunas de las iniciativas que se han llevado a cabo para el desarrollo de los servicios locales de salud mental en Adjumani, una región del país.

La región de Adjumani se sitúa en el noroeste de Uganda, en la frontera con Sudán, y tiene una población de 201.493 personas (4). En esta región hay dos médicos, tres auxiliares médicos con especialización psiquiátrica (profesionales de enfermería titulados con una especialización avanzada de 2 años en Psiquiatría, formados para efectuar diagnósticos y prescripción de medicamentos) y cinco enfermeros psiquiátricos.

INICIATIVAS

La presión ejercida por los políticos locales y por los médicos de la región convenció a las autoridades de Adjumani de la necesidad de ser autosuficientes y de generar recursos para que la región pudiera responder a las necesidades psicosociales de la población. Se creó una organización de voluntarios de carácter comunitario («Nyarima», que significa «ayúdate a ti mismo») con el apoyo técnico de la Mental Healthcare Organization of Uganda, una organización no gubernamental local, para abordar el elevado número de suicidios y de cuadros de abuso de alcohol en la región. «Nyarima» dedicó un seminario de 2 días a la concienciación de los miembros de las principales instituciones locales: trabajadores sanitarios, personal policial y carcelario, docentes y miembros del sistema judicial. Este seminario finalizó con la elaboración de 10 conclusiones en las que se subrayó la necesidad de iniciar pasos urgentes para establecer políticas y legislaciones locales de apoyo a la asistencia psiquiá-

trica regional, así como la necesidad de presionar al parlamento nacional para establecer una política que permitiera combatir los problemas del suicidio y del abuso del alcohol.

Posteriormente, las autoridades regionales establecieron un servicio telefónico de asistencia durante 24 horas, a través del cual un psiquiatra experimentado respondía a los problemas específicos de gestión que habían presentado durante la semana anterior los profesionales de la salud mental de la región. Los datos obtenidos indican que el perfil de salud mental y la gravedad de los trastornos psiquiátricos en esta región son similares a los que se observan en el único hospital nacional de referencia, situado en Kampala. La mayoría de las personas con necesidad de servicios de salud mental no eran reconocidas o, simplemente, seguían residiendo en sus pueblos sin tratar su enfermedad.

Se llevó a cabo la formación de 34 médicos del primer nivel asistencial regional y de 11 médicos del hospital regional para su especialización en el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades mentales más frecuentes en la región. Se estableció un sistema de transferencia de los pacientes a la asistencia especializada, apoyado a su vez por la línea de atención telefónica durante 24 horas. También se organizó la participación, en estas iniciativas regionales, de dos grupos de autoayuda constituidos por pacientes: Alcohólicos Anónimos y el Post-test Club for AIDS. Los proyectos para el futuro, fundamentados en análisis iniciales de carácter exploratorio, persiguen la implicación de todos los sectores representativos de la comunidad: los organismos gubernamentales de educación y bienestar social; los sistemas penitenciario, policial, judicial y de libertad condicional; las fuerzas armadas; los líderes culturales y religiosos, y los curanderos.

DISCUSIÓN

Las iniciativas que han tenido lugar en Uganda han comenzado en forma de una respuesta comunitaria local frente a los elevados índices de abuso del alcohol y de comportamiento suicida. Estas iniciativas han demostrado que las comunidades locales pueden tener capacidad de autoabastecerse para la provisión de los servicios de salud mental, reduciendo así la incidencia de las enfermedades mentales y de los trastornos psicosociales generales. Además, también han demostrado que los médicos de atención primaria pueden formarse para el tratamiento de las personas que sufren enfermedades mentales en el ámbito local.

En Uganda hay 21 psiquiatras para una población de 26,8 millones de habitantes (4), lo que representa una proporción de un psiquiatra por cada 1,3 millones de personas. En estas circunstancias de terrible escasez de profesionales de la Psiquiatría se está empezando a formar un cuadro específico de personal especializado en salud mental con un nivel formativo medio, los denominados auxiliares médicos con especialización psiquiátrica (*psychiatric clinical officers*) que están especialmente formados para el diagnóstico y la prescripción de medicamentos. En Uganda hay aproximadamente 50 de estos profesionales, lo que representa una proporción de uno de ellos por cada 500.000 personas, aproximadamente. Con objeto de mejorar la situación de la asistencia psiquiátrica en Uganda, es necesario acelerar el proceso de reformas políticas regionales, para que las personas que sufren enfermedades mentales tengan un acceso más fácil y rápido a los servicios de salud mental, integrados en el servicio asistencial general.

La dificultad principal es conseguir que los servicios psiquiátricos sean aceptables, económicamente sostenibles y accesibles a todas las personas en función de criterios de equidad y justicia social, a través de la provisión de un servicio sanitario integrado en el que participen tanto la comunidad como los departamentos gubernamentales. Otro problema adicional es determinar si es posible mantener y reproducir en otras regiones la experiencia local que ha tenido lugar en la región de Adjumani, teniendo en cuenta que en Uganda existen 65 diferentes idiomas y grupos culturales.

Es necesario demostrar a la sociedad que los problemas de salud mental son tratables y que es posible mejorar la salud mental en el ámbito comunitario, a través de una supervisión y un apoyo realizados por especialistas, de la provisión adecuada de fármacos, de la educación continuada de los profesionales sanitarios de la región, de la formación y el apoyo de los orientadores comunitarios voluntarios, y de la implicación de los pacientes y sus familias en la planificación y la provisión de los servicios psiquiátricos. A pesar de que en Uganda se ha descrito el papel que desempeñan los curanderos en el tratamiento de la enfermedad mental (5-7), esta función está socavada por la inexistencia de un

sistema funcional de colaboración y enlace entre los curanderos y los servicios modernos de asistencia psiquiátrica existentes en el país. Es necesaria de manera urgente la investigación sobre la mejor forma de colaboración con los curanderos.

Agradecimientos

Esta iniciativa ha sido apoyada económicamente por Tropical Health and Education Trust (THET) International y, científicamente, por el Swedish National and Stockholm County Center for Suicide Research and Prevention of Mental Ill-Health del National Institute for Psychosocial Medicine, y por el Department of Public Health Sciences, Karolinska Institute, Estocolmo, Suecia.

World Psychiatry 2007; 5:60-61

Bibliografía

1. Okounzi SA. Learning from failed health reform in Uganda. *Br Med J* 2004;329:1173-6.
2. Boardman J, Ovuga E. Rebuilding psychiatry in Uganda. *Psychiatr Bull* 1997;21:649-55.
3. Ovuga E, Buga J, Oboke J et al. Promoting psychiatry in the medical school. The case of Uganda. *Psychiatr Bull* 2002;26:194-5.
4. Uganda Bureau of Statistics. Uganda 2002 population and housing census: provisional results. Entebbe: Uganda Bureau of Statistics, 2002.
5. Abbo C. The management of mental health problems by traditional healers in Kampala district. Dissertation, Makerere University, Kampala, 2003.
6. Kasoro S, Sebudde S, Kabagambe-Mugamba G et al. Mental illness in one district of Uganda. *Int J Soc Psychiatry* 2002;48:29-37.
7. Ovuga E, Boardman J, Oluka G. Traditional healers and mental illness in Uganda. *Psychiatr Bull* 1999;23:276-9.

Carta al director

La Declaración Internacional de Consenso sobre la Salud Mental de las Mujeres, publicada recientemente en *World Psychiatry* (1), subraya la importancia del fomento del reconocimiento y la reducción del estigma que acompaña a la enfermedad mental en las niñas y en las mujeres, señalando que las mujeres que padecen enfermedades mentales son objeto de una estigmatización mayor que los varones con estas mismas enfermedades.

Para destacar el problema de la diferencia entre ambos sexos en la asistencia a las consultas de seguimiento, hemos efectuado entre abril y mayo de 2006 un estudio en el consultorio ambulatorio de seguimiento de nuestro Psychiatric University Hospital. Entrevistamos de manera consecutiva a 115 pacientes ambulatorios que habían sido hospitalizados en al menos una ocasión; también entrevistamos mediante un cuestionario apropiado a las personas que acompañaron a estos pacientes.

El primer resultado importante fue que las mujeres presentaron una probabilidad menor de solicitar asistencia psiquiátrica. Las mujeres constituyeron menos del 40 % de los pacientes, a pesar de que nuestro consultorio ambulatorio atiende principalmente trastornos mentales comunes, que, según se sabe, son dos veces más frecuentes en las mujeres. En su asistencia a la consulta ambulatoria, casi el 70 % de las mujeres llegó acompañada, mientras que sólo llegó acompañado el 44 % de los varones. Entre las mujeres, el 60 % señaló que no habría acudido a la consulta si no hubiera tenido quién la acompañara. Dada su dependencia respecto a tener un acompañante, únicamente el 45 % de las mujeres acudió regularmente a las consultas de seguimiento, en comparación con el 64,5 % de los varones.

El 24 % de las mujeres no conocía ninguna característica de los fármacos prescritos (aspecto, color, dosis), en comparación con el 4,8 % de los varones. El 30,2 % de los tratamientos prescritos a mujeres fue interrumpido por un familiar, lo que sólo ocurrió en el 6,5 % de los tratamientos prescritos a varones. Algunas de las razones esgrimidas por los familiares para interrumpir el tratamiento fueron el temor a la infertilidad futura y a la dependencia, y la sedación excesiva.

El sexo también fue un factor importante en la manera en que los pacientes fueron tratados por sus familias. Por ejemplo, el 41,5 % de las mujeres señaló que su familia la trataba de manera distinta debido a su enfermedad, en comparación con el 16,1 % de los varones. Las mujeres tuvieron más posibilidades que los varones de sufrir estigmatización social (37,7 % frente a 24,4 %).

Hay varios factores que pueden explicar estos resultados. En primer lugar, el tabú cultural que conlleva la consulta al psiquiatra se acompaña del riesgo de divorcio o de dificultades para contraer matrimonio, un aspecto que parece muy importante para las mujeres, debido a su papel predominante como madres y esposas en muchas sociedades musulmanas. Además, en las sociedades islámicas musulmanas, las mujeres constituyen un elemento de ho-

nor familiar, de manera que pueden ser muy reacias a comentar sus problemas personales con cualquier persona que no pertenezca al círculo familiar, por el temor a lesionar la posición social de su familia o su propia posición dentro de ésta (2). Por otra parte, las expectativas relativas a la educación, el desarrollo profesional y la obtención de ingresos económicos son mucho menores para las mujeres que para los varones. El varón es considerado como la fuente futura de ingresos económicos y como cabeza de familia. Ésta es la razón de que los padres estén a menudo más preocupados por la aparición de signos, incluso leves, de comportamiento psiquiátrico anómalo en los varones. Además, las mujeres son, generalmente, las principales encargadas de cuidar a los niños, ancianos, enfermos o discapacitados que haya en el grupo familiar. Se considera que su salud mental tiene una prioridad baja, en comparación con su función de cuidadoras. Finalmente, las mujeres son físicamente menos agresivas y peligrosas que los varones, lo que facilita una mayor tolerancia por parte de la familia frente a un episodio psiquiátrico agudo, siempre y cuando las mujeres que sufren estos problemas sigan cuidando de la casa y de los niños.

Por lo tanto, hay pruebas considerables de que la intensidad de la estigmatización de las niñas y mujeres mentalmente enfermas está vinculada de manera inextricable con su posición en la sociedad. En las sociedades que otorgan a las mujeres una posición social baja, éstas parecen tener una desventaja doble: el hecho de ser mujeres y el hecho de sufrir una enfermedad mental. Así, las llamativas desigualdades de sexo existentes en muchas sociedades tradicionales deberían ser abordadas en primer lugar a través de las medidas adecuadas de capacitación de las mujeres. En las sociedades tradicionales, la estigmatización predominante de los pacientes psiquiátricos de sexo femenino debe ser tenida en cuenta en el desarrollo de campañas públicas de educación y concienciación. La concienciación acerca de esta dimensión de la estigmatización debería proporcionar los medios para su futura reducción.

**Uta Ouali, Sarah Benzineb, Zied Choubani,
Fathy Nacef, Saida Douki**
Hôpital Razi, La Manouba 2010, Túnez

World Psychiatry 2007; 5:62

Bibliografía

1. Stewart DE. The International Consensus Statement on Women's Mental Health and the WPA Consensus Statement on Interpersonal Violence against Women. *World Psychiatry* 2006;5:61-4.
2. Al-Krenawi A, Graham J, Dean Y et al. Cross-national study of attitudes towards seeking professional help: Jordan, United Arab Emirates (UAE) and Arabs in Israel. *Int J Soc Psychiatry* 2004;50:102-14.

Reunión Regional de la WPA «La Salud Mental en Desarrollo» (Nairobi, 21-23 de marzo de 2007)

FRANK G. NJENGA

Congress Convenor

África ha aceptado con una combinación de orgullo y humildad el privilegio de atender a la comunidad psiquiátrica mundial en Nairobi, Kenia, entre el 21 y el 23 de marzo de 2007. A su vez, la comunidad mundial ha expresado su apoyo a este continente a través de medidas prácticas.

Por ejemplo, todo el Comité ejecutivo de la WPA, presidido por Juan Mezzich y en el que también participa el presidente electo Mario Maj, no sólo acudirá a Kenia sino que también participará en el extraordinario programa científico organizado por Oye Gureje y su equipo. Norman Sartorius, Consejero especial de la Reunión, expondrá la idea fundamental de ésta, referida a la salud mental y a los objetivos de desarrollo del milenio. Entre otros conferenciantes distinguidos, estará Peter Tyrer, que expondrá el acceso a la publicación en revistas de alto impacto por parte de los autores que residen en países con recursos escasos. La depresión pos parto, la espiritualidad y la salud mental serán abordadas por John Cox, entre otros conferenciantes distinguidos. Varios eruditos africanos –como Oye Gureje, de Nigeria, y Atalay Alem, de Etiopía– han confirmado sus presentaciones acerca de distintos aspectos de la Psiquiatría, incluyendo las iniciativas y las actividades que se están desarrollando en el continente. También realizarán presentaciones muchos psiquiatras jóvenes que constituyen la columna vertebral de la Psiquiatría del futuro en África. En especial, los psiquiatras de Kenia describirán su trabajo acerca del estado actual de la salud mental en su propio país. Rachel Jenkins, una experta en política psiquiátrica residente en el Reino Unido, expondrá el trabajo que está llevando a cabo en la región de África Oriental, financiado por la Nuffield Foundation y por el gobierno británico.

Este trabajo se ajusta perfectamente al lema básico de la conferencia, «Salud mental en desarrollo», cuyos temas secundarios son: «Provisión de asistencia psiquiátrica en los países pobres: dificultades y oportunidades»; «Salud mental en el servicio asistencial sanitario general: características y necesidades»; «Factores económicos y políticos en la salud mental»; «VIH, el cerebro y el desarrollo»; y «Psicopatología, discapacidad y bienestar».

Los simposios confirmados tienen una gran diversidad de contenidos, incluyendo

aspectos novedosos en relación con el VIH/SIDA y los fármacos. John Orley, ex directivo de la División de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud, presentará un nuevo libro «*Alcohol in context*» al tiempo que Paul Mullen, de Australia, presentará un simposio sobre salud mental y terrorismo. También se ha confirmado un simposio especial sobre Psiquiatría infantil y del adolescente, en el que se considerará el trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

La industria farmacéutica ha ofrecido un apoyo sustancial y participará a través de presentaciones de sus productos y de simposios especiales, pero también otorgando a psiquiatras jóvenes de África subvenciones para su participación en reuniones y desplazamientos. Se ha confirmado un taller especial de 3 días dirigido a los psiquiatras africanos, que tendrá lugar tras la Reunión Regional. Antes de ésta, un grupo de 30 psiquiatras de niños y adolescentes dirigidos por Brian Robertson realizará su reunión habitual para abordar las necesidades de los niños y los adolescentes en África.

Se ha confirmado el apoyo internacional y la asistencia a la reunión del presi-

dente de la American Psychiatric Association, Pedro Ruiz; la presidenta del Royal College of Psychiatrists del Reino Unido, Sheila Hollins, así como de otros participantes de Canadá, Japón, diversos países europeos y Asia.

Antes de la conferencia y una vez finalizada ésta, los asistentes podrán disfrutar de la hospitalidad de Kenia. Entre otras actividades, se podrán efectuar safaris y excursiones a reservas y playas de fama mundial. El gobierno de Kenia ha participado con el Comité organizador local para facilitar la entrada al país y los trámites de aduana, así como para brindar seguridad y asesoramiento a los participantes.

El Comité organizador local ha puesto en marcha un programa de tutoría al que pueden asistir los psiquiatras jóvenes de Kenia y de otros países africanos orientales durante toda la duración de la reunión, con objeto de establecer contacto con psiquiatras experimentados de otros países con los que podrán mantener contactos personales, en un intento por establecer vínculos duraderos y sólidos entre los psiquiatras africanos y los psiquiatras procedentes de otros países. Hay más información en el sitio web www.wpa2007nairobi.com.

Reunión Regional de la WPA «Ciencia y Humanismo» (Seúl, 18-21 de abril de 2007)

YOUNG CHO CHUNG

Chairman, Organizing Committee

Bienvenidos a la Reunión Regional de la WPA, que se realizará entre el 18 y el 21 de abril de 2007 en Seúl, Corea, patrocinada por la Korean Neuropsychiatric Association.

En la reunión se cubrirá una amplia gama de temas de Psiquiatría, bajo el lema «Ciencia y humanismo». Diversos expertos internacionales ofrecerán conferencias relativas a los avances más recientes, y también se realizarán sesiones centradas en la situación regional de Asia: la Psiquiatría

de los desastres en Asia Oriental, la epidemiología en Asia y diversas cuestiones transculturales. Los asistentes a la reunión recibirán la información más actualizada acerca de la investigación básica y clínica, y también diversos cursos educativos. Al mismo tiempo que la reunión de la WPA, se celebrará una reunión regional de la World Association for Psychosocial Rehabilitation.

J. Mezzich es el presidente de la Reunión, Young Cho Chung el presidente del Comité organizador, y Jun Soo Kwon el presidente del Comité científico. Jong Hyuck Choi actúa como Secretario general, y los presidentes de las Sociedades miembro de

la WPA correspondientes a esta región participan como miembros del Comité ejecutivo.

Seúl es una de las ciudades más atractivas del mundo. Los asistentes encontrarán en ella el encanto único de las tradiciones orientales y la inspiración irresistible de la

arquitectura moderna. Se han organizado numerosas actividades sociales y eventos culturales, de los que podrán disfrutar los participantes. El lector no debe dejar pasar la oportunidad de tener recuerdos maravillosos de la «Tierra de la tranquilidad matutina».

Hay información detallada respecto al programa científico, los requisitos de inscripción, los hoteles y el programa social en el sitio web www.wpa2007seoul.org.

Esperamos al lector en Seúl, Corea, en abril de 2007.

World Psychiatry 2007; 5:63-64

