

# World Psychiatry

Edición en Español

REVISTA OFICIAL DE LA WORLD PSYCHIATRIC ASSOCIATION (WPA)

Volumen I, Número 1



Julio 2003

## EDITORIAL

- Propuesta de la WPA respecto a la escalada de violencia en Oriente Medio 1  
A. OKASHA

## ARTÍCULOS ESPECIALES

- El futuro de la farmacoterapia antidepresiva 3  
D. BALDWIN, C. THOMPSON
- El futuro de la psicoterapia en los trastornos del estado de ánimo 9  
M.M. WEISSMAN, J.C. MARLOWITZ
- Apoyo a los gobiernos para la adopción de políticas de salud mental 14  
R. JENKINS

## FORUM – INTERVENCIONES FAMILIARES EN LOS TRASTORNOS MENTALES

- Intervenciones familiares en los trastornos mentales: eficacia y efectividad 20  
I.R.H. FALLOON
- Comentarios 29  
G.E. HOGARTY, L. DIXON, C. BARROWCLOUGH, G. WIEDEMANN, S.R. LOPEZ y A. KOPELOWICZ, R.S. MURPHY

## ARTÍCULOS DE LAS SECCIONES DE LA WPA

- Ampliación de la base internacional para el desarrollo de un sistema diagnóstico integrado en psiquiatría 38  
C.E. BERGANZA
- Trastornos de la personalidad en la práctica psiquiátrica 41  
P. TYRER, E. SIMONSEN

## ARTÍCULOS DE INVESTIGACIÓN

- El Edinburgh High Risk Study: situación actual y perspectivas futuras 45  
E.C. JOHNSTONE, K.D. RUSSELL, L.K. HARRISON, S.M. LAWRIE
- Reacciones de estrés agudo en las víctimas del terremoto de Atenas de 1999: perfil de las personas que solicitan ayuda 50  
G.N. CHRISTODOULOU, T.J. PAPARRIGOPoulos, C.R. SOLDATOS

## POLÍTICAS DE SALUD MENTAL

- La salud mental y la asistencia sanitaria mental en América Latina 54  
R.D. ALARCÓN
- Avances recientes en la formación psiquiátrica graduada 57  
P. RUIZ

## NOTICIAS DE LA WPA

- 12º Congreso Mundial de Psiquiatría 61  
J. COX
- Publicaciones de la WPA: avances recientes y planes para el futuro 62  
M. MAJ
- Esfuerzos de la WPA por difundir el conocimiento psiquiátrico relevante a través de reuniones científicas 63  
P. RUIZ

# World Psychiatry

Edición en Español

REVISTA OFICIAL DE LA WORLD PSYCHIATRIC ASSOCIATION (WPA)

Volumen 1, Número 1



Julio 2003

Traducción íntegra de la Edición Original

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

## EDICIÓN ORIGINAL

**Editor:** M. Maj (Italy)

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

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

**Periodicidad:** 3 números al año

**Disponible en Internet:** [www.ArsXXI.com/WP](http://www.ArsXXI.com/WP)

Consulte nuestra página web [www.arsmedica.info](http://www.arsmedica.info) donde podrá acceder a nuestras publicaciones

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



**Publicidad:** Grupo Ars XXI de Comunicación, S.A.

Paseo de Gracia 25, 3.º • 08007 Barcelona • Tel. (34) 932 721 750 • Fax (34) 934 881 193  
Apolonio Morales 13 • 28036 Madrid • Tel. (34) 915 611 438 • Fax (34) 914 113 966

© Copyright World Psychiatric Association

Publicado por Psiquiatría Editores, S.L.

Publicación que cumple los requisitos de soporte válido

ISSN: En trámite

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

Depósito Legal: B-34.071-2003

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

Reservados todos los derechos.

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

Traducido por Psiquiatría Editores, S.L., del original en lengua inglesa (Volumen 2, Número 1, 2003). La responsabilidad de la traducción recae sólo en Psiquiatría Editores, S.L., y no es responsabilidad de la World Psychiatric Association (WPA).

Translated by Psiquiatría Editores, S.L., from the original English language version (Volume 2, Number 1, 2003). Responsibility for the accuracy of the Spanish language rests solely with Psiquiatría Editores S.L., and is not the responsibility of the World Psychiatric Association (WPA).

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

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

# Propuesta de la WPA respecto a la escalada de violencia en Oriente Medio

**AHMED OKASHA**

President,  
World Psychiatric  
Association

Como psiquiatras y profesionales de la salud mental, vivimos en un mundo en el que los retos a los que se debe enfrentar nuestra profesión se extienden más allá de muestras clínicas y hospitales. Desde hace algún tiempo, los psiquiatras han aceptado que no pueden cerrar sus ojos al mundo que les rodea. Los factores externos, como la violencia, la pobreza, la privación, etc., influyen en gran medida en el desarrollo de las enfermedades mentales, y constituyen un obstáculo para la prevención y los procesos de rehabilitación respecto a las mismas, sobre todo en lo que se refiere a los componentes sociales más importantes. La guerra es uno de estos factores y la WPA no está ciega ante la violencia que existe en el mundo ni ante sus consecuencias sobre la población general y, en especial, sobre los grupos más vulnerables, es decir, las mujeres y los niños. Uno de los conflictos bélicos más importantes ha sido el existente en Oriente Medio. Aunque el conflicto de Oriente Medio tiene ya una duración de decenios (más de medio siglo), durante los últimos meses ha generado una escalada de violencia que amenaza con causar consecuencias psicológicas y sociales irreversibles en el futuro próximo y lejano. Casi a diario, mujeres y niños se enfrentan a una violencia extrema, como la constituida por las demoliciones de las viviendas, las muertes, las humillaciones, los desplazamientos e internamientos forzosos y el estado de sitio.

En respuesta a esta situación, la WPA ha elaborado la declaración que se recoge en este documento y que fue aprobada por la General Assembly de agosto de 2002 en Yokohama, durante el 12th World Congress of Psychiatry.

## DECLARACIÓN DE LA WPA RESPECTO A LA ESCALADA DE VIOLENCIA EN EL ORIENTE MEDIO

*La WPA ha seguido con gran preocupación la escalada de violencia que está teniendo lugar en los Territorios Ocupados, en Israel y en los campos de refugiados de la Franja Oeste y de Gaza, debido a que representa una nueva y grave amenaza para la salud mental y general de las personas afectadas, tal como ha reconocido recientemente la Organización Mundial de la Salud. Como profesionales de la psiquiatría, no podemos ignorar los trastornos psicológicos que están teniendo lugar y las consecuencias psicológicas que va a tener la exposición crónica a la violencia entre la sociedad civil de los Territorios Ocupados y de Israel.*

*El aumento en la prevalencia de los trastornos de estrés posttraumático y de los trastornos emocionales en los niños, además de una am-*

*plia gama de reacciones de estrés tanto agudas como crónicas, especialmente entre los grupos más vulnerables, como los niños, las mujeres, los ancianos y los incapacitados, son sólo algunas de las consecuencias que se puede esperar respecto a la salud mental. Es posible imaginar el grado de desesperación que pueden alcanzar estas personas cuando pierden la esperanza de lograr los requisitos mínimos para la vida humana, libres del peligro y la humillación.*

*Toda una generación de niños palestinos va a crecer con el recuerdo de la muerte de sus familiares, la demolición de sus hogares y la degradación de sus comunidades. Toda una generación de niños israelíes va a crecer con una importante sensación de inseguridad y de temor. Además, los niños de ambos grupos de población van a desarrollarse con una profunda desconfianza entre sí.*

*La WPA también expresa su preocupación respecto a las dificultades por las que atraviesan las personas que viven en estas zonas para alcanzar y recibir los servicios sanitarios que necesitan, así como respecto a la seguridad de los psiquiatras y otros profesionales sanitarios que llevan a cabo su trabajo vital en estas áreas.*

*Por tanto, la World Psychiatric Association:*

*-Apela a todas las partes en conflicto para que consideren las consecuencias psicológicas a corto y largo plazo de la violencia y de la guerra, y para que acepten sus responsabilidades respectivas en lo que se refiere al bienestar mental de las generaciones futuras de personas que viven en la región.*

*- Hace un llamamiento a sus sociedades miembros para que realicen una campaña de información pública en sus respectivos países respecto a los peligros psicológicos de la guerra, de la violencia y de los asesinatos en masa, y para que presionen a sus gobiernos de manera que desempeñen un papel activo en la eliminación del círculo vicioso generado por la violencia en los Territorios Ocupados y en Israel.*

*- Solicita de manera urgente a la Israeli Psychiatric Association, a la comunidad de psiquiatras palestinos y a otras asociaciones de psiquiatría de la zona para que elaboren informes sobre la situación de la salud mental en sus áreas respectivas, así como para que efectúen recomendaciones específicas que permitan solucionar esta situación.*

*- Solicita de manera urgente que las secciones y comités correspondientes de la WPA colaboren con las sociedades de psiquiatría locales para evaluar la situación actual y para incrementar las estrategias de intervención pertinentes.*

- *Va a organizar un forum y una red de organizaciones internacionales de salud mental y de organizaciones humanitarias para revisar los informes relativos a la salud mental en la zona y para ayudar a encontrar soluciones en colaboración con los grupos sociales locales.*

- *Solicita a sus sociedades miembros que permanezcan alerta y que informen a la WPA de la posibilidad de que existan situaciones similares en otras partes del mundo.*

Esta llamada de la WPA ha sido recibida positivamente por todas las organizaciones que componen la propia WPA. Ha tenido una significación especial la respuesta de los psiquiatras israelíes y palestinos.

El Dr. Eyad El Sarraj, director del Gaza Community Mental Health Program de Gaza, recibió con satisfacción la declaración y apoyó cualquier iniciativa organizada por la WPA para unir a los psiquiatras israelíes y palestinos y a otras partes implicadas en el conflicto con objeto de buscar soluciones.

El Dr. Scheidman, presidente de la Israeli Psychiatric Association, anunció la adopción por parte de su asociación de la declaración relativa al posicionamiento de la WPA en el conflicto del Oriente Medio. Además, señaló que la Israeli Psychiatric Association condena todo tipo de agresión y violencia contra los civiles durante la guerra, todos los ataques terroristas y cualquier otro acto de violencia. El Dr. Scheidman consideró que es tarea nuestra y de nuestros compañeros, como psiquiatras, intentar explicar a nuestros líderes políticos las consecuencias negativas que conllevan el odio y la violencia para las generaciones presentes y futuras. Además, invitó a todos los psiquiatras de Oriente

Medio a superar los sentimientos personales y nacionales, así como de identificación con sus propios gobiernos, para unirse con el objetivo de elaborar una política social común y de intercambiar conocimientos acerca de aspectos preventivos y terapéuticos relativos a la situación presente.

La WPA hace un llamamiento a la comunidad psiquiátrica internacional para facilitar este tipo de reuniones con el objetivo de aunar todos los esfuerzos y poder así interrumpir los actos violentos y deshacer el círculo vicioso que se ha formado en este sentido.

La WPA quiere aprovechar la oportunidad para conseguir que los psiquiatras de buena voluntad de ambos lados constituyan un comité específico acerca del problema de Oriente Medio cuyo objetivo principal sería el de que los psiquiatras y los profesionales de la salud mental de ambos lados trabajaran en conjunto para abordar el impacto psicológico de los traumas diversos y repetitivos que están sufriendo los habitantes de esta zona, sobre todo los niños.

Se ha establecido el comité de Oriente Medio y en este momento se está invitando para su participación a psiquiatras israelíes y a otros colegas de la zona, de Europa y de Estados Unidos. También se ha contactado con la Organización Mundial de la Salud, la American Psychiatric Association y el Royal College of Psychiatrists para que contribuyan a la formación de este comité.

Para la WPA, sería una aportación extraordinaria si este comité alcanzara sus objetivos y tuviera éxito en aquellos aspectos en los que los políticos han venido fracasando desde hace decenios.

*World Psychiatry 2003; 2: 1-2*

# El futuro de la farmacoterapia antidepresiva

DAVID BALDWIN, CHRIS THOMPSON

Community  
Clinical Sciences  
Research Division,  
Faculty of Medicine,  
Health and Biological  
Sciences, University  
of Southampton, UK

A pesar de que existen numerosos medicamentos y formas de psicoterapia para el tratamiento de la depresión, la asistencia global de los pacientes con depresión está lejos de ser óptima. En esta revisión, se exponen las formas con las que es posible mejorar en el futuro mediante la consideración de diferentes enfoques terapéuticos alternativos: la potenciación de los tratamientos existentes, la modificación de los regímenes antidepresivos utilizados en la actualidad, la búsqueda de nuevos objetivos para la farmacoterapia antidepresiva y los tratamientos físicos no farmacológicos. En esta revisión se examinan también los avances que se han producido en las áreas de genética y de neurociencia, que facilitan la administración de tratamientos individualizados, pero la conclusión prudente es la de que los avances terapéuticos teóricos sólo van a mejorar realmente la evolución clínica cuando se apliquen de manera fundamentada y en colaboración con el paciente.

Al considerar el futuro del tratamiento antidepresivo, es necesario examinar el concepto de «antidepresivo ideal» (tabla 1). Claramente, en el momento actual no existe este fármaco. Además, los avances que se están realizando en el área de la neurocirugía pueden dar lugar al desarrollo de antidepresivos más eficaces, pero si estos fármacos no son fácilmente aceptables por los pacientes con depresión, el efecto que van a tener estas nuevas tecnologías va a ser posiblemente limitado.

## POTENCIACIÓN DE LOS TRATAMIENTOS EXISTENTES

La evolución clínica de los pacientes con depresión podría mejorar simplemente mediante un uso mejor de los abordajes terapéuticos ya existentes, por ejemplo, mediante la prescripción de antidepresivos según los criterios de la medicina basada en la evidencia, con o sin aplicación de algoritmos suplementarios, y también mediante la combinación prudente de antidepresivos con las distintas formas de psicoterapia estructurada.

Uno de los componentes de la práctica clínica basada en la evidencia es el uso de protocolos clínicos que se apoyan en la mejor evidencia actual obtenida a través de estudios de investigación, y cuyo objetivo es el de ayudar a los médicos y a sus pacientes a tomar las decisiones apropiadas en circunstancias clínicas específicas. En la actualidad, existen numerosos protocolos para el tratamiento de la depresión, pero a menudo su calidad es baja; pocos de ellos se fundamentan en evidencias obtenidas en estudios de investigación, y en la mayor parte de los mismos no se efectúan recomendaciones de forma concisa y accesible

**Tabla 1** El antidepresivo ideal

### Eficacia

- Efectivo en toda la gama de trastornos depresivos
- Efectivo en la depresión leve, moderada e intensa
- Efectivo para la remisión de la sintomatología cuando se administra de forma aguda
- Efectivo en los pacientes de los distintos grupos de edad
- Inicio de acción rápido
- Buena relación coste-efectividad

### Aceptabilidad

- Administración una sola vez al día
- Efectos adversos mínimos
- Interferencia mínima con las actividades cotidianas
- Posibilidad de uso por parte de pacientes con enfermedades físicas
- Ausencia de interacciones con fármacos o alimentos
- Seguridad en la sobredosis

(1). Dos importantes protocolos recientes de alta calidad y basados en la evidencia son los elaborados por la British Association for Psychopharmacology (2) y por la World Federation of Societies of Biological Psychiatry (3)

A pesar de su gran difusión, estos protocolos no se utilizan de manera frecuente. En una revisión reciente (4) de las distintas formas de evolución clínica de la depresión, se ha señalado que «en el Reino Unido o en Estados Unidos no se han realizado estudios de observación acerca de la asistencia habitual de los pacientes con depresión mayor que demuestren que la mayoría de éstos recibe una asistencia congruente con los contenidos de los protocolos basados en la evidencia». La evolución de los pacientes no va a mejorar necesariamente por la llegada de tratamientos más efectivos o mejor tolerados; se precisa la potenciación de todo el proceso asistencial referido a los pacientes con depresión, lo que requiere la realización de cambios considerables en la organización y el funcionamiento de los equipos de salud.

En ensayos clínicos aleatorizados y controlados acerca del tratamiento de los pacientes con depresión en la asistencia primaria, se ha demostrado que es posible mejorar la evolución clínica con una mayor reducción de la sintomatología y un mayor funcionalismo social: en el análisis de estos estudios se demuestra que pueden aumentar los costes económicos individuales, pero que también se incrementa la relación coste-efectividad global (5-11). Las formas de intervención que dan lugar a resultados mejores comparten ciertas características: el «control de los casos» y una cierta implicación de los servicios especializados de salud mental. El control de los casos implica la realización de diversas actividades, como el asumir la responsabilidad en el seguimiento del paciente, la evaluación de la resolución de la sin-

tomatología depresiva, el control del cumplimiento del tratamiento por parte del paciente y la aplicación de medidas cuando se observa que el paciente se aparta del tratamiento fundamentado en las recomendaciones del protocolo. Este abordaje más comprometido de la asistencia requiere habitualmente la realización de alguna forma de registro activo de casos de pacientes con depresión que todavía no se han recuperado.

Teóricamente, el efecto introducido por los protocolos terapéuticos se podría incrementar mediante el uso de algoritmos suplementarios, es decir, sistemas de deducción basados en reglas que actúan mediante entradas, secuencias y salidas, y que son útiles para que los profesionales sanitarios seleccionen la información relevante al proceso de toma de decisiones clínicas, sobre todo cuando estas decisiones reflejan las circunstancias locales y concretas (12). Los resultados obtenidos recientemente por el Texas Medication Algorithm Project (13) demuestran que la evolución clínica de los pacientes con depresión puede mejorar de manera significativa mediante el uso de algoritmos terapéuticos y de sistemas de apoyo a la decisión basados en programas informáticos (14).

Son pocos los protocolos terapéuticos en los que se ha abordado el problema de cuál es el momento más adecuado para combinar la farmacoterapia antidepresiva con los tratamientos psicológicos en los pacientes con depresión, debido en parte a que los efectos de esta combinación no han sido analizados con detalle. En el protocolo de la British Association for Psychopharmacology, se recomienda la consideración de la terapia cognitiva como tratamiento complementario en los pacientes con sintomatología depresiva residual y tratados con antidepresivos, y se señala que la psicoterapia cognitiva o interpersonal aplicada como tratamiento complementario puede mejorar la evolución en los pacientes con depresión que presentan resistencia al tratamiento y que son atendidos en contextos asistenciales de nivel secundario (2). En un amplio ensayo comparativo efectuado recientemente de forma aleatorizada sobre la nefazodona, el sistema psicoterapia de análisis cognitivo-conductual y la combinación de ambos, en pacientes con depresión crónica, se ha observado que el 48 % de éstos respondió a la nefazodona o a la psicoterapia aplicadas de manera aislada, mientras que la respuesta en el grupo de tratamiento combinado fue del 73 % (15).

## MODIFICACIÓN DE LOS REGÍMENES ANTIDEPRESIVOS UTILIZADOS EN LA ACTUALIDAD

La evolución clínica de los pacientes con depresión también se podría mejorar mediante la realización de modificaciones en algunos de los regímenes farmacológicos antidepresivos que ya existen en la actualidad. Estas modificaciones son la elaboración de fármacos enantiómeros en los casos en los que el compuesto original es una mezcla racémica, los cambios en la forma de administración o en las propiedades farmacocinéticas de un fármaco ya existente, y la combinación de dos fármacos psicotrópicos en un único comprimido con formulaciones de sus componentes diferentes a las que existen en la actualidad.

Muchos compuestos farmacológicos muestran un centro quiral (generalmente, un átomo de carbono) y, por tanto, son parejas de enantiómeros (imágenes especulares no superponibles) que difieren únicamente en sus características tridimensionales. Cuando un compuesto incluye una pareja de

enantiómeros se denomina «mezcla racémica». A pesar de que los enantiómeros muestran propiedades psicoquímicas idénticas, pueden presentar diferencias importantes en su interacción con los objetivos del fármaco quiral en el organismo, lo que da lugar a diferencias en las propiedades farmacodinámicas y farmacocinéticas.

Los fármacos enantiómeros simples presentan ciertas ventajas sobre los compuestos racémicos, debido a que se acompañan de una variabilidad menor en su metabolismo y su respuesta, a que presentan relaciones dosis-respuesta más simples, a que requieren una dosis menor y a que se acompañan de una toxicidad también menor (16). Esto mismo ocurre con el anestésico local levobupivacaína, en el que ha sido posible mejorar la seguridad sin afectar su eficacia. Sin embargo, no todos los «cambios de enantiómeros» han tenido éxito: la desfenfluramina, que es el enantiómero activo de la fenfluramina, fue retirada del mercado debido a que provocaba toxicidad cardíaca. Los antidepresivos citalopram y bupropión se comercializan en forma de mezclas racémicas, y se han desarrollado enantiómeros simples de ambos compuestos: las propiedades del isómero más activo (+) del bupropión (GW353162) están siendo evaluadas todavía, pero en la actualidad ya está disponible para uso clínico el escitalopram.

El antidepresivo escitalopram es un fármaco enantiómero simple que presenta una potencia y una selectividad mayores que el compuesto original, el citalopram racémico (17). En ensayos clínicos aleatorizados, doble ciegos y controlados con placebo, así como en meta-análisis de los datos obtenidos en los ensayos clínicos, el escitalopram ha presentado ventajas sobre el citalopram tanto en términos de inicio de acción como de eficacia global, mientras que su tolerabilidad ha sido similar (18).

Una modificación alternativa a los antidepresivos existentes es el cambio en su forma de administración: este cambio se ha intentado con el antidepresivo ya existente mirtazapina, que parece ser más eficaz que ciertos inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS) en el tratamiento de la depresión mayor, con una eficacia global superior o con un inicio más temprano de su acción (19). Una nueva formulación de la mirtazapina (un comprimido que se deshace en la cavidad oral) ha presentado una bioequivalencia similar (20) al preparado ya existente. Los resultados preliminares obtenidos en un estudio prospectivo y de diseño abierto sobre el inicio de la acción de este fármaco indican que hasta un 45 % de los pacientes mejora de manera sustancial en un plazo de 2 semanas (21), mientras que en un ensayo clínico aleatorizado y controlado se han observado ventajas significativas de la mirtazapina sobre la sertralina al cabo de 4 días de tratamiento (22). Parece poco probable que la nueva formulación sea responsable en sí misma de este inicio rápido del efecto, pero no se han efectuado comparaciones directas entre esta nueva formulación y el comprimido estándar.

Un abordaje distinto es la combinación de dos psicotrópicos ya aprobados en una nueva preparación en la que ambos fármacos estarían presentes pero en dosis distintas a las que contienen los compuestos originales comercializados. Este abordaje ha sido adoptado en el desarrollo de los comprimidos de combinación de olanzapina-fluoxetina, que están siendo evaluados en la actualidad para el tratamiento de los pacientes con depresión resistente. En modelos animales, la combinación de olanzapina con fluoxetina da lugar a un incremento importante y sostenido en los niveles extracelulares de dopamina y de noradrenalina, superiores a los

observados con la administración de ambos fármacos de manera aislada. Sin embargo, la combinación de olanzapina con sertralina, o de fluoxetina con risperidona o con clozapina, no da lugar a cambios similares (23). La combinación olanzapina-fluoxetina ha sido evaluada recientemente en un ensayo clínico aleatorizado, doble ciego y controlado con placebo, se ha observado que en los pacientes con depresión resistente presenta una eficacia significativamente mayor que cualquiera de los fármacos administrados de manera aislada (24).

## NUEVOS OBJETIVOS DE LA FARMACOTERAPIA ANTIDEPRESIVA

Los nuevos antidepresivos potenciales son los antagonistas del receptor de la sustancia P (NK-1), los antagonistas del receptor del factor de liberación de la corticotropina (CRF), los antagonistas del receptor de los glucocorticoides, los antagonistas del receptor de la vasopresina y los antagonistas del receptor de la melatonina.

Los antagonistas no peptídicos selectivos de los receptores de la taquinina están comercializándose desde hace 10 años, pero el desarrollo farmacológico se ha centrado sobre el receptor preferido de la sustancia P denominado neurocinina-1 (NK1). Desarrollados originalmente como analgésicos potenciales, los antagonistas del receptor NK1 también presentaron propiedades antidepresivas y ansiolíticas en modelos animales de experimentación (25). Estos efectos son independientes de los efectos directos que ejercen sobre las zonas de recaptación de monoaminas, sobre las proteínas de transporte o sobre los receptores, y tampoco se deben a efectos sobre la monoaminoxidasa. Sin embargo, el tratamiento crónico con el antagonista del receptor de la sustancia P L-760735 da lugar a una estimulación importante en el locus coeruleus sin causar desensibilización funcional de los receptores adrenérgicos alfa 2 somáticos (al contrario que la imipramina), lo que sugiere que el L-760735 ejerce un efecto local a nivel del locus coeruleus (26). En experimentos efectuados sobre ratones transgénicos que carecen de receptores NK1, se ha demostrado que la ausencia de receptores NK1 parece estar asociada a una disminución de los receptores 5-HT<sub>1A</sub> o a una desensibilización funcional frente a los mismos, de manera similar a lo que ocurre con el tratamiento crónico mediante ISRS (27). En un ensayo clínico aleatorizado y controlado sobre el antagonista de la sustancia P MK 869, se observó que este compuesto presentaba una eficacia similar a la de la paroxetina en los pacientes con depresión mayor (28). Sin embargo, el efecto antidepresivo del MK 869 no fue confirmado en un estudio posterior. En la actualidad, se están desarrollando otros numerosos compuestos (29).

Un enfoque alternativo al desarrollo de fármacos antidepresivos se refiere al receptor CRF. Se sabe que existen dos subtipos de receptor CRF que difieren en cuanto a su localización y sus características farmacológicas de receptor. El receptor CRF1 es abundante en la corteza cerebral, el cerebelo y la hipófisis, mientras que los receptores CRF2 se localizan principalmente en el septum, en la parte ventromedial del hipotálamo y en el núcleo dorsal del rafe (30). La administración de CRF a animales de experimentación ha dado lugar a disminución del apetito, alteración del sueño, disminución de la actividad sexual y reducción del comportamiento de exploración; dado que los pacientes con depresión muestran a menudo hipercortisolismo, se ha sugerido

que en estos pacientes puede existir también una secreción excesiva de CRF. Se están desarrollando varios antagonistas selectivos del receptor CRF1 y los datos preliminares indican que posiblemente estos compuestos pueden ser eficaces en el tratamiento de los trastornos de depresión y de ansiedad (31,32).

Se puede utilizar un enfoque similar en el desarrollo de fármacos psicotrópicos efectivos para el tratamiento de la depresión psicótica, un trastorno que se asocia a una tasa mayor de inhibición de la supresión de la dexametasona en comparación con lo que se observa en la depresión mayor no psicótica (33). Los niveles elevados de cortisol se pueden reducir mediante el bloqueo de la síntesis de cortisol —por ejemplo, mediante el tratamiento con metirapona, aminoglutetamida o ketoconazol— pero todos estos compuestos se acompañan de problemas como son los efectos adversos importantes y las interacciones medicamentosas (34). Un enfoque alternativo es el antagonismo central de los receptores de los glucocorticoides: dado que el cortisol tiene una estructura similar a la de la progesterona, se ha evaluado el antagonista progestérico mifepristona (RU486) como tratamiento potencial de la depresión psicótica. En un ensayo clínico preliminar de diseño transversal, doble ciego y controlado con placebo sobre la mifepristona (35), se sugiere que es eficaz; en este momento se están efectuando estudios más detallados.

Otro abordaje posible al desarrollo de nuevos compuestos antidepresivos y ansiolíticos podría ser la investigación del efecto de los receptores de la vasopresina en las respuestas de estrés. La arginina vasopresina (AVP) es elaborada por el hipotálamo y está implicada en la regulación de la secreción de corticotropina por parte de la hipófisis; las neuronas que contienen AVP alcanzan el sistema límbico, y tanto en el septum como en el hipocampo se demuestra la presencia de receptores de la vasopresina (V<sub>1A</sub> y V<sub>2A</sub>). Los resultados obtenidos recientemente demuestran que un antagonista de los receptores de la vasopresina V1B (SSR149415) es efectivo en los modelos murinos de ansiedad y depresión, y que posiblemente estos efectos tienen lugar a través de receptores localizados en estructuras límbicas (36).

Un enfoque alternativo al desarrollo de tratamientos antidepresivos es la consideración de los efectos de los agonistas del receptor de la melatonina. En algunos grupos de pacientes con depresión, pueden estar alterados los ritmos circadianos normales; por ejemplo, la depresión estacional se puede asociar a un avance de fase del ritmo circadiano de la melatonina en relación con el ritmo de temperatura durante el sueño (37). Los agonistas de la melatonina pueden dar lugar a una actividad cronobiótica y antidepresiva. Por ejemplo, se ha demostrado previamente que uno de estos compuestos (la agomelatina, que también induce efectos antagonistas 5-HT<sub>2C</sub>) induce efectos cronobióticos (38,39) y también ha presentado una actividad de tipo antidepresivo en cinco modelos de comportamiento de depresión en la rata, de manera que en la actualidad está siendo investigado como tratamiento de la depresión mayor.

## NUEVOS TRATAMIENTOS FÍSICOS NO FARMACOLÓGICOS

Durante el último decenio, se han producido avances en el tratamiento de la depresión resistente mediante formas de tratamiento físico no farmacológico, incluyendo la estimu-

lación del nervio vago (ENV) y la estimulación magnética transcraneal (EMTC). Los tratamientos de este tipo posiblemente sólo se van a aplicar de manera infrecuente en pacientes que no han respondido a otros abordajes más convencionales, pero pueden ofrecer una cierta información adicional acerca de la fisiopatología de la depresión y acerca del mecanismo de la respuesta antidepressiva.

Tras la observación de que la estimulación eléctrica intermitente del nervio vago puede alterar la actividad eléctrica y disminuir la incidencia de convulsiones en el perro, en este momento más de 6.000 pacientes con epilepsia resistente han sido tratados mediante este procedimiento: en la actualidad, está siendo investigado como un posible tratamiento de la depresión refractaria (40). En un estudio preliminar sobre la aplicación de la ENV en la depresión resistente, su realización durante un período de 10 semanas fue eficaz en el 30,5 % de los pacientes, y el efecto adverso más frecuente fue la ronquera (41). En otro estudio de carácter abierto y 9 meses de duración, se observó un aumento de las tasas de respuesta y de remisión (42). Las pruebas neuropsicológicas indican que la ENV no influye de manera adversa en las funciones cognitivas; más que ello, la mejoría de la depresión se acompaña de un incremento en la velocidad motora, en la función psicomotora y en las funciones de carácter ejecutivo (43).

La EMTC repetitiva puede ser eficaz como alternativa al tratamiento electroconvulsivo en pacientes seleccionados con depresión, con trastorno afectivo bipolar o con esquizofrenia. En un estudio terapéutico preliminar efectuado con diseño paralelo y control con simulación doble sobre 30 pacientes, se observó que la aplicación diaria de EMTC en la corteza prefrontal izquierda era significativamente más eficaz que la aplicación del tratamiento simulado (44). En un estudio posterior realizado en pacientes que no habían respondido a una media de cuatro tratamientos antidepressivos administrados previamente, se observó una reducción estadísticamente significativa pero clínicamente modesta en la sintomatología depresiva (45). No obstante, los resultados preliminares obtenidos en un estudio terapéutico de comparación realizado recientemente indican que la EMTC y el tratamiento electroconvulsivo presentan una eficacia global similar (46). En dos revisiones sistemáticas efectuadas recientemente acerca de la eficacia de la EMTC se han obtenido resultados contradictorios (47,48). El mecanismo subyacente de los efectos antidepressivos en la EMTC no ha sido determinado, pero los efectos neuroendocrinos y sobre el comportamiento observados en modelos animales son similares a los que acompañan a los fármacos antidepressivos (49).

## AVANCES TERAPÉUTICOS MEDIANTE LA INVESTIGACIÓN FARMACOGENÓMICA

Las variaciones en el genoma humano explican el componente genético de la individualidad, la susceptibilidad frente a las enfermedades y la respuesta frente a los tratamientos medicamentosos. La mayor parte de la variabilidad que existe en el genoma se debe a polimorfismos de nucleótidos únicos (PNU) en los que en una misma posición pueden aparecer dos bases de manera alternativa (50). Se han identificado muchos miles de polimorfismos que aparecen ordenados en mapas de PNU de alta densidad (51) y que son útiles para identificar los genes asociados a las enfermedades poligénicas, en las que cada variante del gen se acom-

paña sólo de un pequeño incremento en el riesgo relativo. Esto es lo que ocurre con la depresión, en la que no se ha identificado ningún gen candidato principal; además, el fenotipo de «depresión mayor» está muy poco definido, de manera que dos pacientes con depresión pueden presentar el mismo grupo de criterios diagnósticos aún sin compartir ningún síntoma.

La farmacogenómica utiliza los mapas PNU de alta densidad para establecer una correlación entre el perfil genético del paciente y su respuesta frente a un fármaco: el objetivo de la investigación farmacogenómica es el de equiparar un fenotipo individual de un paciente con un tratamiento farmacológico individual dirigido contra proteínas que contienen PNU relevantes desde el punto de vista funcional (52). Para que este abordaje tenga éxito, es necesaria una caracterización muy detallada del paciente; por ejemplo, en el proyecto Munich Antidepressant Response Signature (MARS) se están recogiendo datos sobre los trastornos psicopatológicos actuales, las experiencias previas, los acontecimientos vitales, las respuestas terapéuticas previas, los niveles medicamentosos y los parámetros funcionales, incluyendo el rendimiento neuropsicológico, la electroencefalografía durante el sueño y los parámetros neuroendocrinos (53).

Si este abordaje tuviera éxito, los pacientes con depresión podrían ser clasificados en subgrupos clínicos, todos ellos pertenecientes a lo que se considera una única enfermedad. El genotipo del paciente podría determinar la probabilidad de respuesta frente a un antidepressivo concreto; así, se podrían conseguir tratamientos cuyo efecto se iniciara antes y cuya eficacia global fuera mayor, con tolerabilidad mejor y con menos efectos adversos. Sin embargo, antes de que este tipo de abordaje pueda ser una realidad clínica, es necesario un gran esfuerzo en términos de la caracterización detallada de los pacientes y de la realización de análisis genéticos de elevado coste económico.

Un enfoque genético algo diferente ha tenido éxito recientemente en otro fenotipo complejo, el asma. En este caso, el abordaje de relación estándar en una cohorte grande y bien caracterizada demostró la presencia de un gen que daba lugar a una proporción moderada (40 %) de la variabilidad en el asma. Se identificó la proteína codificada por este gen (ADAM 33) y se estableció su mecanismo de acción. Este nuevo conocimiento podría facilitar el descubrimiento de nuevos aspectos fisiopatológicos y terapéuticos del asma en el futuro, y no existe ninguna razón teórica o tecnológica que impida que este mismo proceso también pueda tener éxito en lo relativo a la depresión.

## CONCLUSIONES

Los fármacos antidepressivos existentes en la actualidad están lejos de ser ideales. Por lo general, los pacientes consiguen un efecto beneficioso muy escaso durante las 4 primeras semanas del tratamiento, y muchos no llegan a alcanzar la remisión de la sintomatología. Se necesitan antidepressivos de acción más rápida y de mayor efectividad, pero la metodología para evaluar el inicio de la acción de los efectos antidepressivos es compleja (19) y las definiciones de la remisión basadas en la sintomatología pueden no tener en cuenta otros aspectos de la recuperación de la depresión, como el funcionamiento social (54). Es preciso buscar nuevas formas para definir mejor la eficacia de los tratamientos. Además, la evaluación de la tolerabilidad del tratamiento debe pasar desde el recuento simple de los efectos adversos asociados al trata-

miento a sistemas de evaluación más detallados para cualquier efecto negativo que tenga lugar sobre la vida cotidiana.

Existen muchos abordajes nuevos para el desarrollo de posibles tratamientos antidepresivos, pero es difícil determinar cuál puede ser el impacto de estas nuevas tecnologías de la salud. A pesar de ello, podemos ser optimistas respecto a los avances actuales en investigación genética y en neurociencia. El desarrollo de tratamientos que sean más eficaces o que actúen antes es un objetivo de la investigación farmacológica, pero si los nuevos tratamientos son demasiado complejos como para que los médicos los prescriban, son difíciles de tolerar por parte de los pacientes o son demasiado caros como para que las compañías sanitarias puedan ofrecerlos, su impacto va a ser bastante limitado. Los tratamientos novedosos sólo podrán modificar la carga ocasionada por la enfermedad cuando sean adoptados ampliamente por los clínicos y aceptados con facilidad por los pacientes.

*World Psychiatry 2003; 2: 3-8*

## Bibliografía

1. Peveler R, Kendrick T. Treatment delivery and guidelines in primary care. *Br Med Bull* 2001;57:193-206.
2. Anderson I, Nutt DJ, Deakin JFW. Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants. A revision of the 1993 British Association for Psychopharmacology guidelines. *J Psychopharmacol* 2000;14:3-20.
3. Bauer M, Whybrow P, Angst J et al. World Federation of Societies of Biological Psychiatry guidelines for biological treatment of unipolar depressive disorders. Part 1: Acute and continuation treatment of major depressive disorder. *World J Biol Psychiatry* 2002;3:5-43.
4. von Korff M, Goldberg D. Improving outcomes in depression. *Br Med J* 2001;323:948-9.
5. Katon W, von Korff M, Lin E et al. Collaborative management to achieve treatment guidelines: impact on depression in primary care. *JAMA* 1995;273:1026-31.
6. Katon W, Robinson P, von Korff M et al. A multifaceted intervention to improve treatment of depression in primary care. *Arch Gen Psychiatry* 1996;53:924-32.
7. Katon W, von Korff M, Lin E et al. Stepped collaborative care for primary care patients with persistent symptoms of depression. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56:1109-15.
8. Rost K, Nutting P, Smith J et al. Improving depression outcomes in community primary care practice. A randomized trial of the QuEST intervention. *J Gen Intern Med* 2001;16:143-9.
9. Wells K, Sherbourne C, Schoenbaum M et al. Impact of disseminating quality improvement programs for depression in managed primary care. A randomized controlled trial. *JAMA* 2000;283:212-20.
10. Simon G, von Korff K, Rutter C et al. Randomised trial of monitoring, feedback, and management of care by telephone to improve treatment of depression in primary care. *Br Med J* 2000;320:550-4.
11. Peveler R, George C, Kinmonth A-L et al. Effect of antidepressant drug counselling and information leaflets on adherence to drug treatment in primary care: randomised controlled trial. *Br Med J* 1999;319:612-5.
12. Stein D, Xin Y, Osser D et al. Clinical psychopharmacology guidelines: different strokes for different folks. *World J Biol Psychiatry* 2002;3:64-7.
13. Rush AJ, Crimson M, Toprac M et al. Implementing guidelines and systems of care: experiences with the Texas Medication Algorithm Project (TMAP). *J Pract Psychiatr Behav Health* 1999;5:75-86.
14. Trivedi M. Lessons from the Texas Medication Algorithm Project. *Int J Neuropsychopharmacol* 2002;5(Suppl.1):S11.
15. Keller M, McCullough J, Klein D et al. A comparison of nefazodone, the cognitive-behavioural analysis system of psychotherapy, and their combination for the treatment of chronic depression. *N Engl J Med* 2000;342:1462-70.
16. Wainer IW. The therapeutic promise of single enantiomers: introduction. *Hum Psychopharmacol Clin Exp* 2001;16(Suppl.2):S73-S77.
17. Owens MJ, Knight DL, Nemeroff CB. Second-generation SSRIs: human transporter binding profile of escitalopram and R-fluoxetine. *Biol Psychiatry* 2001;50:345-50.
18. Gorman JM, Korotzer A, Su G. Efficacy comparison of escitalopram and citalopram in the treatment of major depressive disorder: pooled analysis of placebo-controlled trials. *CNS Spectrums* 2002;7(Suppl.1):40-4.
19. Thompson C. Onset of action of antidepressants: results of different analyses. *Hum Psychopharmacol Clin Exp* 2002;17(Suppl.1):S27-S32.
20. van den Houvel MW, Kleijn HJ, Peeters PAM. Bioequivalence trial of orally disintegrating mirtazapine tablets and conventional oral mirtazapine tablets in healthy volunteers. *Clin Pharmacokinet* 2001;21:437-42.
21. Roose SP, Holland PJ, Hassman HA et al. Multi-site, open-label, observational study of the effectiveness and safety of Remeron SolTab (mirtazapine orally disintegrating tablets) in depressed patients who are at least 50 years of age. Data on file, N.V. Organon.
22. Kennedy S, Vester-Blokland ED and the RAPID study group. Mirtazapine (Remeron SolTab) vs. sertraline: a prospective onset-of-action trial. Data on file, N.V. Organon.
23. Zhang W, Perry KW, Wong DT et al. Synergistic effects of olanzapine and other antipsychotic agents in combination with fluoxetine on norepinephrine and dopamine release in rat prefrontal cortex. *Neuropsychopharmacology* 2000;23:250-62.
24. Shelton RC, Tollefson GD, Tohen M et al. A novel augmentation strategy for treating resistant major depression. *Am J Psychiatry* 2001;158:131-4.
25. Stout S, Owens M, Nemeroff C. Neurokinin (1) receptor antagonists as potential antidepressants. *Annu Rev Pharmacol Toxicol* 2001;41:877-906.
26. Maubach K, Martin K, Chicchi G et al. Chronic substance P (NK1) receptor antagonist and conventional antidepressant treatment increases burst firing of monoamine neurones in the locus coeruleus. *Neuroscience* 2002;109:609-17.
27. Froger N, Gardier A, Moratalla R et al. 5-hydroxytryptamine (5-HT) 1a autoreceptor adaptive changes in substance P (neurokinin 1) receptor knock-out mice mimic antidepressant-induced desensitization. *J Neurosci* 2001;21:8188-97.
28. Kramer M, Cutler N, Feighner J et al. Distinct mechanism for antidepressant activity by blockade of central substance P receptors. *Science* 1998;281:1640-5.
29. Argyropoulos S, Nutt D. Substance P antagonists: novel agents in the treatment of depression. *Exp Opin Invest Drugs* 2000;9:1871-5.
30. Chalmers D, Lovenberg T, Grigoriadis D et al. Corticotropin-releasing factor receptors: from molecular biology to drug design. *Trends Pharmacol Sci* 1996;17:166-72.
31. Zobel A, Nickel T, Kunzel H et al. Effects of the high-affinity corticotropin-releasing hormone receptor 1 antagonist R121919 in major depression: the first 20 patients treated. *J Psychiatr Res* 2000;34:171-81.
32. Nemeroff C. New directions in the development of antidepressants: the interface of neurobiology and psychiatry. *Hum Psychopharmacol Clin Exp* 2002;17:S13-S16.
33. Nelson J, Davis J. DST studies in psychotic depression: a meta-analysis. *Am J Psychiatry* 1997;154:1497-503.

34. McQuade R, Young AH. Future therapeutic targets in mood disorders: the glucocorticoid receptor. *Br J Psychiatry* 2000;177:390-5.
35. Belanoff JK, Flores BH, Kalezhan M et al. Rapid reversal of psychotic depression using mifepristone. *J Clin Psychopharmacol* 2001;21:516-21.
36. Griebel G. Anxiolytic- and antidepressant-like effects of the non-peptide vasopressin V1b receptor antagonist, SSR149415, suggest an innovative approach for the treatment of stress-related disorders. *Proc Natl Acad Sci USA* 2002;99:6370-5.
37. Dahl K, Avery DH, Lewy AJ et al. Dim light melatonin onset and circadian temperature during a constant routine in hypersomnic winter depression. *Acta Psychiatr Scand* 1993;88:60-6.
38. Redman JR, Guardiola-Lemaitre B, Brown M et al. Dose-dependent effects of S-20098, a melatonin agonist on direction of reentrainment of rat circadian rhythms. *Psychopharmacology* 1995;118:385-90.
39. Ying SW, Rusak B, Delagrang P et al. Melatonin analogues as agonists and antagonists in the circadian system and other brain areas. *Eur J Pharmacol* 1996;296:33-42.
40. George MS, Sackheim HA, Rush AJ et al. Vagus nerve stimulation: a new tool for brain research and therapy. *Biol Psychiatry* 2000;47:273-5.
41. Sackheim HA, Rush AJ, George MS et al. Vagus nerve stimulation (VNS) for treatment-resistant depression: efficacy, side effects and predictors of outcome. *Neuropsychopharmacology* 2001;25:713-28.
42. Marangell LB, Rush AJ, George MS et al. Vagus nerve stimulation for major depressive episodes: one year outcomes. *Biol Psychiatry* 2002;51:280-7.
43. Sackheim HA, Keilp JG, Rush AJ et al. The effects of vagus nerve stimulation on cognitive performance in patients with treatment-resistant depression. *Neuropsychiatr Neuropsychol Behav Neurol* 2001;14:53-62.
44. George MS, Nahas Z, Molloy M et al. A controlled trial of daily prefrontal cortex TMS for treating depression. *Biol Psychiatry* 2000;48:959-61.
45. Berman RM, Narasimhan M, Sanacora G et al. A randomized clinical trial of repetitive transcranial magnetic stimulation in the treatment of major depression. *Biol Psychiatry* 2000;47:332-7.
46. Janicak PG, Dowd SM, Martis B et al. Repetitive transcranial magnetic stimulation versus electroconvulsive therapy for major depression: preliminary results of a randomized trial. *Biol Psychiatry* 2002;51:659-67.
47. Martin J, Barbanoj MJ, Schlaepfer TE et al. Transcranial magnetic stimulation for treating depression. *Cochrane Database Syst Rev* 2002; 2: CD003493.
48. McNamara B, Ray JL, Arthurs OJ et al. Transcranial magnetic stimulation for depression and other psychiatric disorders. *Psychol Med* 2001;31:1141-6.
49. Keck ME, Welt T, Post A et al. Neuroendocrine and behavioural effects of repetitive transcranial magnetic stimulation in a psychopathological animal model are suggestive of antidepressant-like effects. *Neuropsychopharmacology* 2001;24:337-49.
50. Taillon-Miller P, Gu Z, Li Q et al. Overlapping genomic sequences: a treasure-trove of single-nucleotide polymorphisms. *Genome Res* 1998;8:748-54.
51. Roses A. Pharmacogenetics and the practice of medicine. *Nature* 2000;405:857-65.
52. Roses A. Genome-based pharmacogenetics and the pharmaceutical industry. *Nature Drug Discov* 2002;1:541-9.
53. Holsboer F. Antidepressant drug discovery in the postgenomic era. *World J Biol Psychiatry* 2001;2:165-77.
54. Hirschfeld R, Montgomery S, Keller M et al. Social functioning in depression: a review. *J Clin Psychiatry* 2000;61:268-75.
55. Van Eerdewegh P, Little RD, Dupuis J et al. Association of the ADAM33 gene with asthma and bronchial hyperresponsiveness. *Nature* 2002;418:426-30.

# El futuro de la psicoterapia en los trastornos del estado de ánimo

MYRNA M. WEISSMAN<sup>1</sup>, JOHN C. MARKOWITZ<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Division of Clinical and Genetic Epidemiology, New York State Psychiatric Institute, 1051 Riverside Drive, Unit 24, New York, NY 10032, USA

<sup>2</sup>Weill Medical College of Cornell University, 525 East 68th Street, New York, NY 10021, USA

Como especialistas en el desarrollo de la psicoterapia para la depresión, queremos expresar nuestro punto de vista acerca del futuro de la psicoterapia antidepresiva. Presentaremos nuestra visión subrayando que la mayor parte de nuestra experiencia se ha obtenido en Estados Unidos. Nuestros principios básicos son los siguientes:

- La psicoterapia, al igual que cualquier otro tratamiento, debe ser un método terapéutico basado en la evidencia. La evidencia más adecuada procede de los ensayos clínicos aleatorizados y con control, como los que se realizan para el estudio de los medicamentos.

- Los efectos de la psicoterapia se deben evaluar mediante el uso de una amplia gama de variables de evolución, incluyendo los síntomas, el funcionalismo social, los costes económicos, etc., debido a que la psicoterapia puede tener objetivos y consecuencias diferentes a los de la medicación psicotrópica.

- La psicoterapia debe quedar especificada en los manuales que describen los procedimientos y sus secuencias, con ilustración de casos. Estos manuales forman la base para la formación de especialistas en psicoterapia y también permiten la estandarización del tratamiento.

- Los estudios de efectividad, que manejan amplios criterios diagnósticos de participación y en los que se prueban tratamientos en la práctica real fuera del contexto de la investigación, son útiles, pero todavía son muy escasos en lo que respecta a la psicoterapia. A pesar de que se han detallado las ventajas de estos estudios, no se han evaluado los problemas que conlleva su realización e interpretación.

- Una vez que se ha establecido la eficacia de la psicoterapia, se deben investigar los componentes activos del proceso terapéutico y los factores que influyen en los resultados.

Cualquier disertación acerca del futuro es una lista de deseos basada en los problemas y las carencias de la investigación anterior y presente. Como contexto para diseñar el futuro, debemos describir en primer lugar dónde nos encontramos en este momento en lo que se refiere a la psicoterapia en los trastornos del estado de ánimo. En este artículo se van a describir las tendencias de la psicoterapia a lo largo del último decenio; la situación de la psicoterapia basada en la evidencia (PBE); la expansión de la psicoterapia en los países en vías de desarrollo; la falta de continuidad entre la investigación y la formación en PBE; la necesidad de un desarrollo y una comprobación mayores de la psicoterapia y de las nuevas formas de aplicación de la misma, y finalmente, cuál puede ser el futuro de la psicoterapia.

## TENDENCIAS EN ESTADOS UNIDOS

Olfson y cols. (1) han efectuado recientemente una publicación sobre las tendencias de la psicote-

rapia norteamericana mediante la comparación de dos encuestas realizadas en 1987 y 1997 acerca del gasto sanitario y basadas en una muestra de personas adultas representativa de todo el país. No hemos podido encontrar datos internacionales comparables, y somos conscientes de que estos resultados reflejan la exclusividad e imperfección del sistema sanitario norteamericano.

Entre 1987 y 1997, el uso total de la psicoterapia en Estados Unidos no mostró ninguna modificación significativa. En cada uno de estos años recibió psicoterapia una cifra ligeramente superior al 3 % de los adultos encuestados. Las personas de mayor edad (55 a 64 años), sin empleo y con bajo nivel económico mostraron un incremento significativo en el uso de la psicoterapia. A lo largo de este decenio, fueron cada vez más frecuentes las visitas de psicoterapia como tratamiento de cuadros diagnósticos primarios de trastornos del estado de ánimo (39,1 % en 1997 y 19,5 % en 1987). Los pacientes atendidos mediante psicoterapia señalaron un uso mucho mayor de medicación antidepresiva (48,6 frente a 14,4 %), de estimulantes (14,5 frente a 5,3 %), de psicoterapia aplicada por médicos (64,7 frente a 48,1 %; los datos no permitieron diferenciar a los psiquiatras de otros médicos). La psicoterapia realizada por profesionales de la asistencia social se duplicó (12,5 frente a 6,8 %), mientras que la realizada por psicólogos permaneció estable (35,2 frente a 31,8 %). La duración del tratamiento disminuyó: en 1997 fue menor el número de pacientes que acudió a más de 20 visitas de psicoterapia (10,3 %, en comparación con 1987 (15,7 %). En ambos años, la tercera parte de los pacientes que recibieron psicoterapia sólo realizó una o dos visitas (33,5 a 35,3 %).

La conclusión es que la psicoterapia norteamericana ha cambiado de manera sustancial, con un aumento de su uso por parte de las personas de menor nivel socioeconómico y de edad mayor; un aumento de la aplicación de psicoterapia en los trastornos del estado de ánimo y en combinación con medicación psicotrópica; una disminución en la psicoterapia para trastornos inespecíficos y también de la psicoterapia a largo plazo; una mayor implicación de los médicos (no necesariamente psiquiatras) y un aumento en la aplicación de este tratamiento por parte de profesionales de la asistencia social. Estos datos no nos dicen nada acerca del tipo de psicoterapia. Probablemente, la mayor parte de la misma no fue PBE, debido a que la definición de los ensayos clínicos sobre PBE clínica es relativamente reciente. La incorporación de la PBE en los programas de formación ha sido casi inexistente. Posiblemente, las tendencias observadas van a continuar, lo que sugiere la necesidad de formación de profesionales de la salud mental en lo que se refiere a la aplicación de una psicoterapia con limitación de tiempo, con buena relación coste-efectividad y con eficacia demostrada en pacientes con trastornos del estado de ánimo.

## ASPECTOS GENERALES DE LA PSICOTERAPIA BASADA EN LA EVIDENCIA PARA LOS TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO

En varias revisiones de carácter global, se ha definido la PBE: psicoterapia definida en los manuales, con criterios específicos para la formación y la evaluación de la competencia, y fundamentada en datos obtenidos en ensayos clínicos realizados con control (2-4). En revisiones recientes, se han abordado los trastornos del estado de ánimo en los adultos (5,6) así como en los niños y adolescentes (7,8). Ollendick (9) ha revisado de manera exhaustiva la aplicación de la PBE en varios trastornos, integrando las iniciativas de ocho grupos de trabajo de Estados Unidos, el Reino Unido y Canadá. Aunque los criterios utilizados para definir la PBE fueron diferentes entre los distintos grupos de trabajo, se requirió al menos un ensayo clínico de diseño riguroso y aleatorizado para definir de manera empírica los tratamientos propuestos.

### Depresión mayor

La psicoterapia interpersonal (PIP) (4) y la terapia cognitivo-conductual (TCC) (10,11) han demostrado una eficacia frente a los síntomas comparable a la de la medicación psicotrópica en forma de tratamiento agudo del trastorno depresivo mayor (TDM) en pacientes adultos no hospitalizados (12). Sin embargo, la psicoterapia tiene un inicio de acción más lento. Se ha demostrado que la combinación de TCC y de PIP (sistema psicoterapia de análisis cognitivo-conductual de psicoterapia [SANCCP]) (13) reduce los síntomas de la depresión crónica; la combinación del SANCCP con la medicación ha incrementado la tasa de respuesta desde el 48 hasta el 73 % (14).

La depresión mayor presenta una tasa de recidiva elevada. Cuando se aplican en una sola visita al mes tras una fase aguda de tratamiento semanal, la PIP y la TCC disminuyen las tasas de recidiva y de recurrencia (15). Incluso en los casos en los que no se continúa el tratamiento, la TCC aplicada de forma aguda puede dar lugar a un efecto protector duradero (6). La combinación de la medicación antidepresiva con la PIP o la TCC aumenta de manera ligera la eficacia en comparación con la aplicación de cualquiera de estos tratamientos de manera aislada. La psicoterapia también ha demostrado ser eficaz en la depresión secundaria a otros problemas. Por ejemplo, la PIP ha reducido la sintomatología depresiva de los pacientes con depresión e infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), en comparación con la TCC y con la psicoterapia de apoyo (16), y tanto la PIP como la TCC han reducido la depresión en los pacientes con disfunción de origen conyugal (17,18).

En la actualidad, se están realizando adaptaciones promotoras de la PBE. Markowitz (19) evaluó una adaptación de la PIP para su aplicación a pacientes con trastornos distímicos. La TCC ha sido adaptada para su aplicación a pacientes con depresión refractaria al tratamiento. Se están evaluando otras variantes de TCC —revisadas por Hollon y cols. (5)—, como la activación conductual y la terapia cognitiva basada en la consciencia (TCBC). En un ensayo clínico de gran envergadura se está comparando la psicoterapia psicodinámica de apoyo/expresiva con la medicación y con el placebo en pacientes con depresión mayor.

### Depresión en los niños y los adolescentes

A pesar de que se han realizado pocos ensayos clínicos en relación con la depresión en el adolescente, los resultados ob-

tenidos en los que se han efectuado apoyan el uso de la PIP y de la TCC (20-23). Mufson y Velting (7) encontraron 13 ensayos clínicos aleatorizados y controlados sobre la aplicación de la TCC en jóvenes con depresión. En ninguno de ellos se trataron clínicamente niños prepuberales con depresión. Los estudios sobre los niños prepuberales se han efectuado en colegios y sobre niños con sintomatología depresiva, no con trastornos del estado de ánimo. Posiblemente, este hecho refleje la baja incidencia de TDM totalmente desarrollado antes de la adolescencia.

### Trastorno bipolar

La eficacia de la farmacoterapia aguda y de mantenimiento en los pacientes con trastorno bipolar se ha establecido a través de ensayos clínicos. A pesar de ello, muchos pacientes presentan sintomatología residual, recidiva o problemas sociales e interpersonales asociados durante los episodios o después de los mismos. Actualmente existe un renovado interés por la psicoterapia como forma de abordaje terapéutico en los pacientes con trastorno bipolar que ya están recibiendo medicación. La terapia familiar (TF), la TCC y la PIP han sido modificadas para su adaptación a los problemas de los pacientes con trastorno bipolar. Estos tratamientos se centran en el cumplimiento de la prescripción medicamentosa; en la educación del paciente y su familia acerca de la enfermedad y de los signos de recidiva de la misma; en el control de los primeros signos de recidiva, y en las consecuencias sociales e interpersonales de la enfermedad. La TCC se ha modificado para que permita reconocer y tratar los primeros síntomas de tipo depresivo o maniaco (24) a través del abordaje de los mecanismos de intermediación, como son la distorsión cognitiva y la alteración del ritmo circadiano. La PIP ha sido modificada por Frank y cols. (25) para añadir un aspecto conductual que permita estabilizar los ritmos sociales de los pacientes, sobre todo en lo que se refiere al mantenimiento de un horario regular de sueño (terapia de ciclos sociales interpersonales, TCSI). La TF (26) persigue el objetivo de reducir el rechazo de la familia y la expresión de sentimientos que pueden desencadenar o prolongar los síntomas, así como el de potenciar la interacción positiva por parte de la familia o del cónyuge. En la actualidad, se están efectuando ensayos clínicos de gran importancia a este respecto.

El National Institute of Mental Health ha ofrecido dos grandes contratos para la realización de ensayos clínicos aleatorizados a nivel nacional respecto a la efectividad de los algoritmos para la depresión resistente al tratamiento (STAR-D) y para el trastorno bipolar (STEP-BD). La elección terapéutica en estos ensayos clínicos incluye las distintas formas de PBE y también la farmacoterapia.

### PAÍSES DE BAJO NIVEL ECONÓMICO Y EN VÍAS DE DESARROLLO

La psicoterapia fue inicialmente un tratamiento caro dirigido hacia las personas con un poder adquisitivo elevado. Su coste económico y su duración han disminuido de manera gradual, de forma que la psicoterapia se ha socializado, tal como demuestra la última encuesta estadounidense (1). En los estudios de evolución efectuados en Estados Unidos, en los que participan a menudo pacientes de bajo nivel económico, se ha demostrado la eficacia de la psicoterapia en una amplia gama de grupos étnicos y sociales (7,21).

El interés por la psicoterapia en el tratamiento de la depresión en los países en vías de desarrollo constituye una ten-

dencia creciente. Una iniciativa muy interesante es un ensayo clínico realizado en Uganda que estuvo fundamentado en las elevadas tasas locales de infección por VIH y de TDM, así como en la observación de que la depresión disminuye la preocupación por la salud y aumenta los comportamientos de riesgo (27). La farmacoterapia era una alternativa poco realista, debido tanto a la escasez de profesionales sanitarios como al elevado coste económico de la misma. Se seleccionó la PIP debido a que su incidencia en las relaciones interpersonales parecía culturalmente compatible. El manual de PIP fue simplificado y modificado para su aplicación a grupos de tratamiento dirigidos por terapeutas no clínicos de educación universitaria, con 2 semanas de formación acerca de ello (28). En este ensayo clínico aleatorizado, según el pueblo de residencia y en el que se comparó la PIP con el tratamiento habitual en 114 hombres y mujeres con depresión, se obtuvieron resultados positivos en el grupo de PIP en lo relativo a la disminución de la sintomatología depresiva (29).

En el ensayo clínico de Uganda, se demostró la posibilidad de realización de ensayos clínicos en países en vías de desarrollo. La depresión pudo ser definida y evaluada en una cultura diferente (27), tal como se ha demostrado en estudios previos efectuados por la Organización Mundial de la Salud. La PIP resultó ser aplicable a una cultura muy diferente de la que la originó, lo que subraya la universalidad de la experiencia humana con la depresión. El fallecimiento de un ser querido, las discusiones y pérdida de vínculos con la familia y los acontecimientos vitales graves se asocian a depresión en cualquier parte del mundo. Si el contexto social es diferente —por ejemplo, las diputas pueden aparecer en Uganda debido a que un hombre toma una segunda esposa, mientras que en Estados Unidos pueden aparecer porque un hombre tenga una amante— la experiencia emocional y los síntomas pueden ser similares. Los investigadores que realizan la adaptación de los manuales de psicoterapia para aplicar la PIP a otras culturas deben ser sensibles a las diferencias culturales, pero no deben considerar que estas diferencias son obstáculos insuperables.

## ELIMINACIÓN DE LA DISTANCIA ENTRE LA INVESTIGACIÓN Y LA FORMACIÓN

Actualmente, se observa un incremento en la disponibilidad de la PBE en las indicaciones para su aplicación recogidas en los protocolos oficiales de práctica asistencial, y en el interés clínico por su uso. Por desgracia, las tres especialidades del ámbito de la salud mental —psiquiatría, psicología y asistencia social— que aplican la mayor parte de la psicoterapia en Estados Unidos reciben poca formación en PBE durante sus programas profesionales de formación. Además, no son obligatorios los programas de formación continuada (FC) para que estos profesionales la puedan aplicar. A pesar de que se realizan reuniones y seminarios de carácter profesional para el estudio de la psicoterapia, su calidad y sus contenidos carecen de control y no existen procedimientos para acreditar a los participantes o para realizar un seguimiento de su aprendizaje. A continuación, se describe la situación actual acerca de la formación en PBE en Estados Unidos.

### Psiquiatras

En los nuevos criterios de acreditación de los programas de residencia estadounidenses en psiquiatría establecidos por el Accreditation Council for Graduate Medical Education (2000), no se hace hincapié en la formación en PBE, pero se insiste de nuevo en la psicoterapia y se supera a las profesio-

nes paralelas en lo que respecta a la exigencia de una «competencia» en TCC. Los programas de residencia se están desplazando hacia el uso de criterios definidos y estandarizados de «competencia» general más que hacia la formación específica en los distintos tipos de psicoterapia.

### Psicólogos

El American Psychological Association Committee on Accreditation Guidelines (1996) señala que la formación debe reflejar «la ciencia de la psicología», pero deja que cada programa defina su propia «filosofía de formación». Los protocolos no establecen como prioridad la formación en la PBE recogida en los manuales, que sólo se mencionan de manera superficial. Aunque los psicólogos investigadores han dado un gran impulso al desarrollo y comprobación de la PBE, en una encuesta efectuada a nivel del tercer ciclo (doctorado) de psicología clínica y de los programas de internado en esta disciplina se revela la escasa formación en la misma. En los programas de internado, en los que los psicólogos clínicos reciben la mayor parte de su experiencia clínica supervisada, sólo el 59 % de los programas recogía una supervisión de la aplicación de la TCC en pacientes con depresión; con respecto a la PIP supervisada, esta cifra era únicamente del 8 %. Los programas del tercer ciclo universitario fueron algo mejores. Sin embargo, la disponibilidad de la supervisión no quiere decir que los estudiantes la vayan a recibir.

### Profesionales de la asistencia social

El Educational Policy of the Council on Social Work Education (1999) no indica cuál debe ser la formación necesaria para aplicar las técnicas de psicoterapia o de orientación (30). No existen protocolos de formación para la PBE. Debido a que la mayor parte de la formación clínica tiene lugar a través de la práctica, es poco probable que los estudiantes vayan a recibir formación en PBE. No hemos encontrado datos sobre la formación actual o el uso de protocolos en los programas de graduados en asistencia social.

### Formación continuada

No se ha establecido ningún procedimiento formal para difundir la PBE a los profesionales ya establecidos que ejercen actualmente (31). Los clínicos que recibieron su formación hace 10 años posiblemente no conocen las nuevas formas de psicoterapia. Los programas de FC podrían cubrir potencialmente este vacío. En las reuniones nacionales e internacionales anuales de psiquiatras y psicólogos se realizan seminarios sobre PBE. Los seminarios de FC que se llevan a cabo con independencia de las organizaciones profesionales son cada vez más frecuentes en Canadá, Reino Unido, Holanda y Nueva Zelanda. Sin embargo, en ninguna de las profesiones relacionadas con la salud mental se obliga a una formación actualizada. No existe ninguna forma de garantizar la difusión de la PBE a los profesionales ya establecidos, ni tampoco de establecer pautas o de controlar la calidad. Ya sobrecargados por los cambios en la asistencia diaria, los clínicos experimentados pueden rechazar nuevos requerimientos, mayores exigencias de tiempo o las posibles restricciones a la práctica. El fracaso en transferir la PBE desde el ámbito de la investigación a los profesionales correspondientes puede dificultar la viabilidad de estas formas de psicoterapia. La implantación cada

vez mayor en Estados Unidos de la asistencia gestionada, así como la proliferación de protocolos de práctica clínica en varios países, ha planteado los problemas sobre la responsabilidad. La falta de formación de los clínicos en PBE y, por tanto, la falta de disponibilidad de esta forma de tratamiento para los pacientes, podría reducir el apoyo a la PBE a pesar de los datos que demuestran su eficacia.

En respuesta a este programa de credenciales profesionales, están apareciendo organizaciones de psicoterapia. Tras el modelo del psicoanálisis, grupos como la Psychologists Academy of Cognitive Therapy (<http://www.academyofct.org/>) y la International Society of Interpersonal Psychotherapy (<http://www.interpersonalpsychotherapy.org/index.html>) están intentando imponer una cierta cohesión y ofrecer criterios terapéuticos respecto a la PBE.

## NECESIDAD DE UN MAYOR DESARROLLO Y COMPROBACIÓN DE LA PSICOTERAPIA

En la actualidad, existen dos formas de psicoterapia predominantes en las categorías de psicoterapia basada en la evidencia para su aplicación a pacientes con trastornos del estado de ánimo. Este número es insuficiente en comparación con la amplia gama existente de medicamentos antidepresivos, con sus diferentes perfiles químicos y efectos. Se precisan más ensayos clínicos de eficacia, de efectividad y de intensidad de aplicación respecto a la TCC y a la PIP, y también respecto a los tratamientos más antiguos, que aunque muy utilizados han sido poco evaluados, así como respecto a los nuevos tratamientos que todavía están en fase de desarrollo. La elevada tasa de TDM de inicio en la adolescencia obliga a la realización de más ensayos clínicos en los pacientes de este grupo de edad. Las tasas de TDM son bajas en los niños prepuberales, pero los síntomas depresivos y las fobias específicas no lo son, especialmente en los niños cuyos padres y abuelos han presentado depresión. Es necesaria la adaptación, desarrollo y comprobación de las distintas formas de psicoterapia para su aplicación a niños con riesgo elevado de depresión. Habrá que conocer con mayor detalle los componentes activos de las terapias eficaces de manera que se puedan aplicar de forma individualizada a pacientes concretos. Por ejemplo, la TCBC combina estrategias procedentes de la terapia conductual dialéctica para aplicación a pacientes con trastorno límite de la personalidad y estrategias procedentes de la TCC (32). La tendencia ha sido la de combinar los componentes de diferentes formas de terapia. El conocimiento detallado de los componentes de la PBE puede centrar el tratamiento en los subtipos específicos de trastornos del estado de ánimo. También son importantes los aspectos de intensidad de aplicación respecto a la duración e intensidad óptimas de la PBE.

## MÉTODOS DE APLICACIÓN

Se necesitan métodos flexibles para la aplicación del tratamiento a las mujeres con hijos, que constituyen un grupo de riesgo elevado para la depresión. La falta de recursos para atender a los hijos, de soporte familiar y de capacidad de transporte hace que muchas mujeres tengan dificultades para asistir a las sesiones semanales de psicoterapia. Esta situación tiene lugar con las mujeres que están embarazadas y con las que han dado a luz (33). Para aliviar sus problemas, nuestro grupo ha experimentado la psicoterapia a través del teléfono tras una primera sesión inicial de evaluación diagnóstica interpersonal (34). Este método también se ha utilizado en los pacientes con depresión e inmovilidad debida a cáncer.

La «hora» de psicoterapia semanal de 40-50 minutos puede ser menos rígida. La flexibilidad en la duración y la frecuencia de las sesiones puede aplicarse de manera más realista a la evolución de los trastornos del estado del ánimo, que a menudo son crónicos o recidivantes, y en los que es frecuente que existan largos periodos de remisión. La eficacia de la PIP mensual de mantenimiento en los pacientes con depresión recurrente grave constituye un modelo para el tratamiento a largo plazo de los trastornos del estado de ánimo (35,36), aunque todavía no se ha definido cuál debe ser la intensidad óptima de este tratamiento de mantenimiento. También se ha producido un interés renovado por la psicoterapia de grupo (37). Este formato puede no sólo ser más económico, sino también preferido por algunos pacientes.

## FUTURO DE LA PSICOTERAPIA EN LOS TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO

Está claro que la psicoterapia en los trastornos en estado de ánimo va a tener un papel importante en el futuro, pero las formas de tratamiento y las características de los grupos de pacientes están evolucionando. La psicoterapia va a seguir siendo un componente importante del tratamiento clínico, debido a varias razones. El grupo de población con riesgo mayor de TDM es el constituido por las mujeres en edad fértil. Son importantes las alternativas a la medicación durante las fases de embarazo y lactancia, y muchas mujeres con depresión las solicitan. El inicio de la depresión tiene lugar a menudo durante la adolescencia, en una época en la que la incidencia de comportamientos de riesgo y de intentos de suicidio es elevada, y en la que los episodios de alteración del estado de ánimo pueden dar lugar a efectos muy graves sobre las elecciones personales y laborales. La psicoterapia, de manera aislada o junto con la medicación, puede ser útil para guiar a los adolescentes a través de los episodios agudos y después de ellos. El suicidio sigue siendo una complicación grave del trastorno bipolar, y el cumplimiento de la prescripción medicamentosa representa un componente importante de la prevención del suicidio y de la recidiva de los síntomas. En las formas de psicoterapia desarrolladas actualmente para su aplicación a pacientes con trastorno bipolar se insiste en la psicoeducación, en el control de los síntomas y en el funcionalismo social. Los datos preliminares indican que estas medidas son ideales para que los propios pacientes o sus familiares puedan prever el riesgo de recidiva en los pacientes con enfermedad bipolar y en tratamiento medicamentoso. En la actualidad, se están evaluando varias formas de psicoterapia para su aplicación a pacientes con trastorno bipolar y en tratamiento farmacológico. En el futuro se efectuará la evaluación de un número mayor de formas de psicoterapia para su aplicación a los adolescentes con depresión y, es de esperar, para su aplicación también a niños prepuberales con trastornos del estado de ánimo, sobre todo a los de riesgo mayor. Se precisa más información acerca del efecto del tratamiento de mantenimiento y de la administración complementaria de medicación a los jóvenes con depresión.

Esperamos que el aumento en la socialización de la psicoterapia, tanto en Estados Unidos como en otras zonas del mundo, sea una tendencia que se mantenga. Sin embargo, posiblemente, esto va a implicar que la psicoterapia pueda ser realizada por terapeutas con menos formación y con tarifas económicas más bajas, lo que puede hacer que el equilibrio entre el coste y la calidad del tratamiento constituya un dilema. Finalmente, si no tiene lugar un cambio radical en la formación de los profesionales de la salud mental respecto a la PBE, se-

guirá sin cubrirse la distancia entre la investigación y la práctica asistencial.

*World Psychiatry* 2003; 2: 9-13

## Bibliografía

1. Olsson M, Marcus SC, Druss B et al. National trends in the use of outpatient psychotherapy. *Am J Psychiatry* 2002;159:1412-9.
2. Chambless DL, Baker MJ, Baucom D et al. Update on empirically validated therapies: II. *Clin Psychol* 1998;51:3-16.
3. Nathan PE, Gorman JM (eds). *A guide to treatments that work*. New York: Oxford University Press, 1998.
4. Weissman MM, Markowitz JC, Klerman GL. *Comprehensive guide to interpersonal therapy*. New York: Basic Books, 2000.
5. Hollon SD, Muñoz RF, Barlow DH et al. Psychosocial intervention development for the prevention and treatment of depression: promoting innovation and increasing access. *Biol Psychiatry* 2002;52:610-30.
6. Hollon SD, Thase ME, Markowitz JC. Treatment and prevention of depression. *Psychological Science in the Public Interest* 2002;3:39-77.
7. Mufson L, Velting DM. Psychotherapy for depression and suicidal behavior in children and adolescents. In: Riba M, Oldham J (eds). *21st annual review of psychiatry: the many faces of depression in childhood and adolescence*. Washington: American Psychiatric Association, 2002:37-73.
8. Costello EJ, Pine DS, Hammen C et al. Development and natural history of mood disorders. *Biol Psychiatry* 2002;52:529-42.
9. Chambless DL, Ollendick TH. Empirically supported psychological interventions: controversies and evidence. *Ann Rev Psychol* 2001;52:685-716.
10. Glaouen V, Cottraux J, Cucherat M. A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *J Affect Disord* 1998;49:59-72.
11. Elkin I, Shea MT, Watkins JT et al. National Institute of Mental Health treatment of depression collaborative research program. *Arch Gen Psychiatry* 1989;46:971-82.
12. Depression Guideline Panel. *Depression in Primary Care: Volume 2. Treatment of Major Depression*. Washington: US Government Printing Office, 1993.
13. McCullough JP. *Treatment for chronic depression: cognitive behavioral analysis system of psychotherapy*. New York: Guilford, 2000.
14. Keller MB, McCullough JP, Klein DN et al. A comparison of nefazodone, the cognitive behavioral-analysis system of psychotherapy, and their combination in the treatment of chronic depression. *N Engl J Med* 2000;20:342.
15. Frank E, Kupfer DJ, Perel JM et al. Three-year outcomes for maintenance therapies in recurrent depression. *Arch Gen Psychiatry* 1990;47:1093-9.
16. Markowitz JC. *Interpersonal psychotherapy for dysthymic disorder*. Washington: American Psychiatric Press, 1998.
17. O'Leary KD, Beach S. Marital therapy: a viable treatment for depression and marital discord. *Am J Psychiatry* 1990;147:183-6.
18. Foley SH, Rounsaville BJ, Weissman MM et al. Individual versus conjoint interpersonal therapy for depressed patients with marital disputes. *Int J Fam Psychiatry* 1989;10:29-42.
19. Markowitz JC, Kocsis JH, Fishman B et al. Treatment of HIV-positive patients with depressive symptoms. *Arch Gen Psychiatry* 1998;55:452-7.
20. Brent DA, Holder D, Kolko D et al. A clinical psychotherapy trial for adolescent depression comparing cognitive, family, and supportive treatments. *Arch Gen Psychiatry* 1997;54:877-85.
21. Rosello J, Bernal G. Adopting cognitive behavioral and interpersonal treatment for depressed Puerto Rican adolescents. In: Hebbs EP, Jensen PS (eds). *Psychosocial treatment for child and adolescent disorders*. Washington: American Psychiatric Association Press, 1996:233-40.
22. Mufson L, Moreau D, Weissman MM et al. Modifications of interpersonal psychotherapy with depressed adolescents: phase I and II studies. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994;33:695-705.
23. Mufson L, Weissman MM, Moreau D. The efficacy of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56:573-9.
24. Basco MR, Rush AJ. Compliance with pharmacotherapy in mood disorders. *Psychiatr Ann* 1996;25:269-79.
25. Frank E, Kupfer DJ, Ehlers CL. Interpersonal and social rhythm therapy for bipolar disorder: integrating interpersonal and behavior approaches. *Behav Ther* 1994;17:143-9.
26. Craighead WE, Miklowitz DJ. Psychosocial interventions for bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 2000;61(Suppl. 13):58-64.
27. Wilk CM, Bolton P. Local perceptions of the mental health effects of the Uganda acquired immunodeficiency syndrome epidemic. *J Nerv Ment Dis* 2002;190:394-7.
28. Clougherty K, Verdeli H, Weissman MM. Interpersonal psychotherapy adapted for a group in Uganda (IPT-G-U). Unpublished manual. New York, 2002.
29. Verdeli H, Clougherty K, Bolton P et al. Adapting group interpersonal psychotherapy for a developing country: experience in rural Uganda. *World Psychiatry* (in press).
30. Mullen EJ, Bacon WF. Practitioner adoption and implementation of evidence-based effective treatments and issues of quality control. In: Rosen A, Proctor EK (eds). *Developing practice guidelines for social work interventions: issues, methods, and a research agenda*. New York: Columbia University (in press).
31. Calhoun KS, Moras K, Pilkonis PA et al. Empirically supported treatments: implications for training. *J Consult Clin Psychol* 1998; 66:151-62.
32. Teasdale JD, Moore RG, Hayhurst H et al. Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: empirical evidence. *J Consult Clin Psychol* 2002;70:275-87.
33. Neugebauer R, Baxi L, Markowitz J et al. Randomized controlled trial of time-limited, telephone administered bereavement counseling following miscarriage. Presented at the First International Conference on Women's Mental Health, Berlin, March 2001.
34. Miller L, Weissman MM. Interpersonal psychotherapy delivered over the telephone for depression: a pilot study. *Depress Anxiety* 2002;16:114-7.
35. Frank E, Kupfer DJ, Perel JM et al. Three-year outcomes for maintenance therapies in recurrent depression. *Arch Gen Psychiatry* 1990;47:1093-9.
36. Reynolds CF III, Frank E, Perel JM et al. Nortriptyline and interpersonal psychotherapy as maintenance therapies for recurrent major depression: a randomized controlled trial in patients older than 59 years. *JAMA* 1999;281:39-45.
37. Wilfley DE, Mackenzie KR, Welch R et al (eds). *Interpersonal psychotherapy for group*. New York: Basic Books, 2000.

# Apoyo a los gobiernos para la adopción de políticas de salud mental

RACHEL JENKINS

WHO Collaborating  
Centre, Institute of  
Psychiatry,  
De Crespigny Park,  
Denmark Hill, London  
SE5 8AF, UK

Es importante apoyar a los gobiernos para que adopten políticas de salud mental y para que las integren en la política de salud pública y en la política social general (1), ya que los trastornos mentales representan una carga enorme en la sociedad (2), impiden la consecución de otras metas de salud y desarrollo, contribuyen a la pobreza y afectan diferencialmente a los pobres (3,4) y, en último término pero no por ello lo menos importante, porque la salud mental tiene en sí misma un valor intrínseco al igual que la salud física.

Al elaborar las políticas de salud mental, es importante tener en cuenta el estigma que acompaña a los temas de salud mental y de enfermedades mentales. En un número previo de esta revista se ha expuesto la repercusión de este estigma en las personas con enfermedades mentales (5). El estigma da lugar a una falta de atención por parte de los poderes públicos y de la sociedad que, a su vez, induce una falta de recursos y de apoyo moral, un deterioro de las instituciones, una falta de liderazgo, unos sistemas de información inadecuados y una legislación insuficiente. Al originar también la exclusión social de las personas con enfermedades mentales, el estigma es perjudicial no sólo para las personas que padecen enfermedades mentales sino también para la salud de la sociedad en su totalidad. Con demasiada frecuencia, nuestros servicios son el punto de partida para la exclusión cuando deberían ser el trampolín para la inclusión social.

En 2001, la Organización Mundial de la Salud (OMS) dedicó su día anual para la salud y su informe anual sobre la salud a la salud mental, y en ambos exhortaba a los países a que desarrollaran sus políticas de salud mental (6-8). En el mismo año, el Institute of Medicine de Washington elaboró un informe científico sobre los trastornos neurológicos, psiquiátricos y del desarrollo en los países de bajo nivel económico, y en este informe se hacía una llamada para la aplicación de una acción estratégica inmediata que permitiera reducir la carga social originada por las enfermedades cerebrales (3). La European Commission desempeña una función importante tanto en Europa como en otras zonas del mundo y ha elaborado recientemente un marco de salud pública para la salud mental (9). A nivel nacional, diversos gobiernos, organizaciones no gubernamentales (ONG) nacionales, organismos profesionales y medios de comunicación han desempeñado una función importante en la salud mental al dar preferencia a la misma en sus respectivos países (10-12).

## NECESIDAD DE SOLUCIONES ADAPTADAS A NIVEL LOCAL

La epidemiología es fundamental para la consecución de las metas generales de la política de salud mental (13). La política de salud mental va a

necesitar tener en cuenta los factores de contexto, la epidemiología (variedad, gravedad, frecuencia y duración) de las enfermedades, la discapacidad que causan estas enfermedades a nivel social, su mortalidad y su relación con las variables sociodemográficas, incluida la variación geográfica. En unos pocos países se está emprendiendo un programa rotatorio específico de encuestas detalladas de salud mental a nivel nacional (14), y la OMS está coordinando un programa de encuestas de salud mental a nivel mundial en diversos países participantes.

Los aspectos culturales y religiosos son muy importantes. Influyen en el valor que la sociedad otorga a la salud mental, en la forma de presentación de los síntomas, en el comportamiento respecto a la enfermedad, en el acceso a los servicios, en las vías asistenciales, en la manera con la que los pacientes y sus familias controlan la enfermedad, en cómo responde la sociedad a la enfermedad, en el grado de aceptación y apoyo que experimentan por un lado y en el grado de estigma y discriminación que experimentan por el otro las personas que sufren enfermedades mentales. Por lo tanto, cada país es muy distinto, con un contexto cultural, unos recursos y un tipo de estructuras de servicio diferentes, y cada uno necesita su propia estrategia de salud mental para encontrar soluciones localmente adaptadas que permitan resolver todos los problemas, tanto los generales como los específicos (15-17).

## PROCESO POLÍTICO

La política de salud a nivel nacional debe identificar toda la serie de aspectos relacionados con la salud, morbilidad, discapacidad y mortalidad que se propone acometer, los entornos pertinentes cubiertos por la política, el marco general para ejecutar la política en los contextos pertinentes, incluyendo, por ejemplo, los servicios de salud, los servicios sociales, el sector de la educación, el ámbito laboral y el sector de justicia criminal. La política puede plantear las metas deseadas y establecer el marco que permita la planificación a nivel local.

Para que la salud mental quede encuadrada en la política nacional, es importante en primer lugar identificar a los organismos clave y a los interesados directos, y conseguir que participen en el proceso general, de manera que adquieran una visión compartida del problema y de su abordaje; en segundo lugar, es importante obtener un conocimiento adecuado de la situación actual (el contexto, las necesidades, las exigencias, la política actual, la existencia de servicios, los procesos y los resultados); en tercer lugar, se debe desarrollar un enunciado de objetivo global con establecimiento de los objetivos y metas a alcanzar; en cuarto lugar, es necesario identificar y comprometer a los organismos clave, y elaborar los planes estratégicos y los marcos de ejecución con esos organismos, teniendo en

cuenta la situación local a abordar referida específicamente a los temas propiamente locales, a las limitaciones y los elementos disuasivos; en quinto lugar, es importante también examinar de manera regular el progreso mediante el uso de una variedad de medidas de resultado con el perfeccionamiento consiguiente de la estrategia a aplicar (15).

Los puntos de vista de los usuarios y de los responsables de los servicios son particularmente importantes, debido a que se van a ver afectados directamente por la estrategia aplicada y a que poseen la experiencia personal de los problemas que existen con el sistema actual. Los usuarios y los responsables de los servicios también deben formular observaciones sobre los aspectos del sistema de salud mental actual que están funcionando bien.

### ALGUNOS OBJETIVOS POLÍTICOS COMUNES

Algunos de los objetivos comunes de la política de salud mental son la promoción de la propia salud mental, la reducción de la incidencia y la prevalencia de las enfermedades mentales (prevención y tratamiento), la disminución del grado y gravedad de la discapacidad asociada a estas enfermedades (rehabilitación), el desarrollo de servicios para personas con enfermedades mentales y la reducción del estigma que acompaña a las mismas, la promoción de los derechos humanos y de la dignidad de las personas con enfermedades mentales, la potenciación de los aspectos psicológicos de la asistencia sanitaria general y la reducción de la mortalidad asociada a las enfermedades mentales, tanto la referida al suicidio (18-20) como la referida a la mortalidad física prematura (21).

### ALGUNOS ELEMENTOS POLÍTICOS COMUNES

A continuación se exponen algunos de los componentes de la política de salud mental que deben ser abordados. En primer lugar, *los componentes nacionales* incluyen la elaboración de una estrategia nacional para promover la salud mental, reducir la morbilidad y disminuir la mortalidad; el establecimiento de relaciones de tipo político con otros departamentos gubernamentales, incluidos los implicados en asuntos domiciliarios, en la justicia criminal, en la educación, en la vivienda, en la economía, etc.; la promulgación de una legislación sanitaria mental específica (para fijar la filosofía general del enfoque de la asistencia a las personas con trastornos mentales y para la provisión precisa del diagnóstico y el tratamiento sin consentimiento en ciertas condiciones definidas, siempre en interés del individuo y de la sociedad y con el objetivo de la protección de los derechos humanos); la financiación (para eliminar los incentivos de tipo perjudicial, para asegurar una financiación local sostenible y para desarrollar líneas de crédito que permitan difundir los modelos de práctica asistencial adecuados); la implementación de planes de ejecución y de sistemas de responsabilidad general y gubernamental. En segundo lugar, *los componentes de infraestructura de apoyo* incluyen una estrategia de recursos humanos, una estrategia de participación de los consumidores, una estrategia de investigación y desarrollo, y una estrategia de información sobre salud mental (que debe incluir el contexto, las necesidades, las inversiones, los procesos y los resultados). En tercer lugar, *los componentes de servicio* incluyen la atención primaria; la atención especializada; las conexiones entre ambas formas de asistencia; los protocolos de práctica asistencial adecuada; la coordinación con las ONG, la policía, los funcionarios de prisiones y el sector social; el diálogo con los expertos en medi-

cina tradicional, y la promoción de la salud mental en las escuelas, los lugares de trabajo y la comunidad en su conjunto.

### ASPECTOS POLÍTICOS IMPORTANTES EN EL ÁMBITO DE LA SALUD

La política de salud mental necesita estar vinculada a la *política sanitaria genérica*. Es particularmente importante que cualquier estrategia de salud pública general aborde la salud mental del mismo modo que la física para que los indicadores de mortalidad nacionales incluyan las muertes por suicidio (con necesidad de mejorar la exactitud en el registro de los suicidios) (22); para que los indicadores de morbilidad nacionales incluyan los parámetros de determinación pertinentes de la morbilidad debida a las enfermedades mentales, y para que cualquier evaluación del impacto sanitario (23) incluya de manera explícita la salud mental. Algunos de los aspectos de política sanitaria genérica que van a repercutir sobre la salud mental son la financiación de la atención primaria, la normativa referida a formación continuada y a incentivos, y las metas sanitarias genéricas planteadas por el gobierno.

Puede ser útil asegurar que la salud mental quede incluida en las *reformas sanitarias genéricas* que se estén produciendo, como el desarrollo de los sistemas de información sanitaria, los programas hospitalarios de optimización, las normas de calidad, los criterios básicos de formación o los procedimientos de acreditación.

Es preciso que los gobiernos se encarguen de que todos los *organismos implicados* sean conscientes de la importancia de la salud mental para la sociedad, y de la influencia que pueden tener sus actividades en la salud mental, y también deberían procurar la coordinación apropiada entre estos organismos. Esta coordinación se lleva a cabo a menudo para programas relacionados con el alcohol y las drogas, y también en los programas contra el SIDA, pero hasta ahora rara vez se ha aplicado en los programas de salud mental, a pesar de que las enfermedades mentales constituyen la mayor carga para la sociedad.

Entre los organismos que trabajan en el ámbito de las enfermedades no transmisibles e infecciosas, es más importante la colaboración que la competencia por los recursos. Por ejemplo, el fomento de la salud mental es esencial en las escuelas si queremos reducir el riesgo del SIDA debido a la realización de prácticas sexuales sin protección y al consumo de drogas, apoyando a las niñas para que tengan seguridad en sí mismas cuando se trata de garantizar su salud sexual, si queremos abordar el problema de la falta de aceptación de los preservativos en la cultura masculina, y si queremos favorecer la abstención del consumo de drogas y la reducción del daño que ocasionan. También es esencial el fomento de la salud en el ámbito escolar para el abordaje de problemas como la depresión materna, el cumplimiento de los calendarios de vacunación, la nutrición, la rehidratación oral y los regímenes de higiene para reducir las enfermedades de infección en los niños.

### ATENCIÓN PRIMARIA: UN COMPONENTE CLAVE DE LOS SERVICIOS QUE DEBE CONSIDERARSE EN LAS POLÍTICAS

Aparte de los diferentes aspectos señalados, la atención primaria debe considerarse con especial atención debido a que es un aspecto particularmente importante de los servicios (24). Se requiere la consideración logística de la disponibilidad de los servicios de atención primaria y de los servicios de aten-

ción especializada en relación con la epidemiología de la población de los trastornos mentales. La capacidad de la atención especializada es importante. El marco preciso para la integración de la atención primaria-secundaria depende de la capacidad de atención especializada que exista en un país. En los países de nivel económico bajo, a menudo hay sólo un psiquiatra por cada millón de habitantes, y en unos pocos países hay sólo un psiquiatra por cada 5 o 6 millones. Como comparación, en el Reino Unido, existe un psiquiatra de adultos por cada 50.000 personas, y en gran parte de la antigua Unión Soviética hay un psiquiatra por cada 10-20.000 personas.

Si consideramos en primer lugar *las enfermedades mentales graves*, incluyendo las psicosis, las personas con enfermedad mental grave que viven en los países ricos pueden ser atendidas por servicios especializados con una cierta colaboración de los servicios de atención primaria para el seguimiento a largo plazo. Por otra parte, en los países más pobres, a menudo sólo existe capacidad para que una pequeña parte de las personas con psicosis puedan ser atendidas por especialistas, de manera que la mayor parte de estos pacientes va a ser evaluada, diagnosticada y tratada en el contexto de la atención primaria, con un cierto apoyo de los servicios de atención especializada siempre que sea posible. Así, en los países pobres, en los que a menudo el número de psiquiatras por cada millón de personas de la población general es muy inferior a uno, la mayor parte de los pacientes con psicosis será atendida durante la mayor parte del tiempo por los servicios de atención primaria.

Si consideramos en segundo lugar *las enfermedades mentales más habituales*, sabemos por los resultados obtenidos en estudios epidemiológicos que su prevalencia es muy elevada tanto en la población general como en el ámbito de la atención primaria (3). Al contrario de lo que se considera generalmente, las enfermedades mentales más comunes que se observan en la población general y en el contexto de la atención primaria no son sólo frecuentes sino que también pueden ser graves, incapacitantes y largas (25-30). Esta elevada prevalencia existente en todos los países del mundo implica que ni siquiera los países ricos pueden posiblemente aportar un número suficiente de especialistas como para que sea posible el tratamiento de todos los pacientes que presentan un trastorno mental.

No se puede sostener el argumento de que, debido a sus elevados costes socioeconómicos, se deba ignorar la carga que conllevan las enfermedades mentales. Estos costes se deben a las consultas repetidas que se hacen a la atención primaria en los casos en los que estas enfermedades no son tratadas, a las bajas laborales, a la disminución de la productividad, al impacto que sufren tanto las familias como los niños, y a las dificultades para cuantificar el concepto tan importante del bienestar emocional de un país y de una nación. Por tanto, la atención primaria debe desempeñar una función central en la asistencia sanitaria relativa a las enfermedades mentales, tanto en los países ricos como en los pobres.

Además de estas razones de tipo logístico que explican por qué la asistencia primaria es clave, la asistencia primaria tiene también otras ventajas concretas, como la detección de los aspectos de salud física y de las necesidades sociales acompañantes, la continuidad de la asistencia, la preferencia frecuente por parte de los usuarios, su mayor accesibilidad en comparación con la atención especializada y el hecho de que permite alcanzar buenos resultados tanto clínicos como sociales (tal como se ha demostrado en diversos estudios).

La importancia de la atención primaria en lo relativo a la salud mental tiene diversas implicaciones respecto a la formación de los equipos de asistencia primaria. En el desarro-

llo de la normativa referida a la formación profesional, es útil conocer la situación de la formación básica respecto a cada nivel de la atención primaria y respecto a cada uno de los profesionales que la componen. ¿Qué parte de la salud mental está incluida en ello? Por ejemplo, en Irán y Pakistán, los trabajadores sanitarios de los pueblos reciben varios meses de formación profesional en aspectos concretos de gran prioridad, de manera que estos profesionales pueden detectar, evaluar, diagnosticar y tratar las enfermedades (31,32). En Zanzibar, todos los profesionales de enfermería reciben una formación básica durante 4 años, y durante el cuarto año se dedican específicamente a los aspectos de la salud mental. Debido a que la atención primaria en Zanzibar, tal como ocurre en muchos otros países, es desempeñada por profesionales de enfermería, en el nivel de atención primaria existe, de manera sistemática, disponibilidad respecto a la asistencia de los pacientes con enfermedades mentales.

¿Cuál es la disponibilidad para la formación continuada en atención primaria? Es importante que los organismos que regulan la política de salud mental presten una atención apropiada a la formación continuada de los profesionales de enfermería que trabajan en atención primaria (33,34). En Zanzibar, los coordinadores de formación profesional organizan y llevan a cabo de manera continuada cursos de formación para todos los profesionales que trabajan en unidades de atención primaria, y lo hacen de manera regular (varios fines de semana al año), proporcionando dietas para el transporte y también incentivos económicos, facilitando así que la salud mental quede incluida en el programa. En los países más pobres, es importante ofrecer formación en salud mental a las matronas y a las parteras tradicionales, de manera que tengan la oportunidad de detectar y de remitir a las pacientes que presentan psicosis o depresión grave tras un parto. El desarrollo físico, cognitivo y emocional de los niños está influido por la salud mental de sus padres, de manera que la aplicación de un tratamiento rápido en los casos de depresión materna constituye una de las actividades de prevención más importantes que se pueden llevar a cabo.

En los países pobres, en los que existen pocos médicos tanto en atención primaria como en atención secundaria, posiblemente son los profesionales de enfermería los que tienen la responsabilidad de la prescripción y el control de los medicamentos, y es importante que en sus programas de formación básica y de formación continuada se insista en este aspecto.

¿Qué sistemas de control de la calidad existen en la atención primaria? En Irán, los psicólogos realizan un control de la calidad del trabajo desempeñado por los trabajadores sanitarios de cada pueblo y visitan mensualmente a estos profesionales para apoyar su trabajo, para supervisarlos y para comprobar su calidad. ¿Quiénes son los profesionales más implicados? ¿Son los médicos y profesionales de enfermería de la atención primaria los principales implicados en la evaluación inicial, o existen otros escalones intermedios? Por ejemplo, en Irán, los trabajadores sanitarios con una formación de sólo unos pocos meses son responsables de grupos de 2.000 personas de la población general, mientras que los médicos de atención primaria están en el segundo escalón y son responsables de la atención de grupos de 10.000 personas. En Tanzania, los profesionales de primeros auxilios son responsables de 50 personas, los dispensarios de 2.000 personas y las unidades de atención primaria (profesionales de enfermería y auxiliares sanitarios) de 10.000 o más personas.

Para la planificación adecuada, se necesitan los sistemas de recogida de información en atención primaria. Estos sistemas pueden ser efectivos sin necesidad de una tecnología demasiado cara. Por ejemplo, en Irán, los trabajadores sanitarios re-

cogen de manera sistemática los datos anuales acerca de la prevalencia y evolución de las enfermedades de mayor prioridad: enfermedades infecciosas, epilepsia, esquizofrenia, depresión y ansiedad.

Los responsables políticos deben determinar el nivel de actividad que tiene que existir en la atención primaria. ¿Debe la atención primaria concentrarse sobre todo en consultores activos o debe presentar una perspectiva más dirigida hacia la población general con el objetivo de detectar y tratar las enfermedades más incapacitantes?

Es importante definir cuál debe ser el alcance de la atención primaria. Se precisan medios para pasar de la atención secundaria a la atención primaria, y de la atención primaria a la comunidad. Todo ello puede requerir la financiación por parte del gobierno y una adecuación a las circunstancias locales, sin que tengan que intervenir otras especialidades médicas con patrones de trabajo diferentes.

La integración de la salud mental en la asistencia primaria se potencia por la formación específica, por el reforzamiento de la formación básica y por la formación continuada en aspectos relativos a la evaluación, el diagnóstico, el tratamiento y los criterios de remisión de los pacientes (por supuesto, los criterios de remisión de los pacientes deben ser acordados a nivel local según la disponibilidad de especialistas), y por el uso de normas como los protocolos de atención primaria elaborados por la OMS (35,36).

Es importante la formación de los especialistas en relación con el trabajo que van a tener que hacer (es decir, no sólo para la asistencia a pacientes individuales sino para la realización de un servicio en toda una zona de la población). Si esta población es de aproximadamente 1 millón de personas, tal como ocurre a menudo, es fácil darse cuenta que el especialista debe trabajar para apoyar la atención primaria en lo relativo a la evaluación y tratamiento de los casos más graves y también para atender los servicios de especialidad tanto hospitalarios como ambulatorios y de la comunidad relativos a los casos más graves de enfermedad mental. Así, el especialista dedicará una parte importante de su tiempo a resolver consultas de apoyo (p. ej., supervisión, enseñanza, planificación local, desarrollo de servicios, investigación de aspectos locales clave) respecto al servicio en su conjunto, si desea que su trabajo tenga un efecto máximo sobre la población de la que es responsable y si desea que tanto los profesionales de enfermería como los equipos de atención primaria tengan un apoyo adecuado para las tareas que deben desarrollar.

La integración de estos esfuerzos se puede facilitar por la comunicación entre los distintos implicados, incluyendo la realización de reuniones regulares entre atención primaria y atención secundaria para discutir los criterios de remisión de los pacientes, los informes de alta, los procedimientos de asistencia compartida, la necesidad de los medicamentos, la transferencia de información, la formación en aspectos profesionales y los protocolos de práctica clínica y de investigación. La integración también se facilita mediante el acuerdo para la prescripción y la obtención de los medicamentos esenciales.

Los profesionales de la medicina tradicional son abundantes en todo el mundo (1 por cada 50 personas en África Subsahariana) y van a seguir aportando una asistencia sanitaria clave a grandes segmentos de la población durante todavía muchos decenios e incluso siglos. Su forma de práctica es muy variable, y es indudable que algunos tipos de práctica asistencial tradicional pueden ser peligrosos; sin embargo, también es probable que las medicinas de origen vegetal tengan propiedades psicoactivas útiles y que algunas de estas intervenciones ofrezcan un apoyo psicosocial importante tanto a los pacientes como

a sus familias y a la comunidad en la que viven. Más que intentar eliminar toda esta medicina tradicional, sería más productivo investigar sus formas de provisión y sus resultados (37), estableciendo un diálogo con el objetivo de eliminar las prácticas que sean evidentemente perjudiciales, y desarrollando iniciativas de formación conjunta con el uso de algoritmos diagnósticos para facilitar la remisión de los casos más difíciles o crónicos, incluyendo los pacientes con psicosis (38).

## OTROS ASPECTOS POLÍTICOS IMPORTANTES INDEPENDIENTES DE LA POLÍTICA SANITARIA

Algunos de los aspectos genéricos de política social que influyen en la salud mental son los relativos a la educación, el empleo, la vivienda, la política penitenciaria, el bienestar social, la regeneración ambiental y urbana, el ámbito rural y el transporte. La coordinación efectiva entre las distintas agencias responsables a niveles nacional, local e individual es clave para la posibilidad de aplicar una asistencia sanitaria mental adecuada, y debe ser atendida de manera expresa a nivel político. Puede ser necesaria una comisión gubernamental nacional para la salud mental, así como grupos regionales y locales cuya función sea la de controlar y facilitar la coordinación y el trabajo conjunto. Estos grupos pueden hacer que la acción política aborde los aspectos de coterritorialidad geográfica, de sincronización y comunicación de los ciclos de planificación, de las líneas de responsabilidad para el trabajo conjunto, de la compartición de los recursos económicos y de los sistemas de información, de la difusión de los protocolos de práctica asistencial y de la eliminación de los incentivos perjudiciales para la colaboración entre las distintas agencias.

Los *niños* constituyen uno de los principales recursos de cada nación, pero, a pesar de ello, reciben muy poca atención desde el punto de vista político. La aparición de dificultades específicas de aprendizaje en las escuelas, como la dislexia, da lugar a fracaso escolar, abandono de la enseñanza y situaciones de falta de empleo o de internamiento en prisiones. Por tanto, es importante el establecimiento de normativas políticas para abordar de manera específica las dificultades de aprendizaje en las escuelas. El importante proyecto de la OMS en relación con las dificultades de visión ha dado lugar a un efecto espectacular en la disminución del fracaso escolar en los países más pobres.

En todo el mundo existe un gran número de niños que son atendidos en orfanatos y en residencias infantiles, en donde a menudo sufren abusos y abandono. A menudo son niños cuya vida ha quedado destrozada, niños con retraso del desarrollo, retraso del lenguaje, cuadros epilépticos, cuadros de hiperactividad o que sufren agresiones graves, enfermedades físicas crónicas, incapacidad y defectos de todo tipo. El garantizar el fomento de la salud mental y física en estos niños debería constituir una obligación política esencial para impedir que acaben siendo personas socialmente marginadas en el futuro.

Las *cárceles* constituyen otro aspecto clave en el desarrollo de la política sobre salud mental. La enfermedad mental es muy corriente en las personas ingresadas en cárceles, y en algunos países el suicidio es muy frecuente entre los presos. Pueden ser útiles los protocolos para el personal sanitario que trabaja en prisiones (39). Necesitamos sistemas para prevenir y tratar los cuadros de ansiedad y depresión que presentan los presos, para garantizar que los pacientes con psicosis sean atendidos en los hospitales y no en la propia cárcel, para impedir el suicidio y los intentos de suicidio, y para atender los problemas de dislexia y de fracaso educativo en las cárceles.

En ningún país se puede ignorar la posibilidad de aparición de *desastres*, tanto los causados por el hombre como los de origen natural. Más de 50 países han sufrido alguna guerra durante los últimos 20 años. Las guerras son mucho más frecuentes en los países pobres, y 15 de los 20 países más pobres del mundo han presentado algún conflicto bélico importante durante los 15 últimos años. Casi todos los países de menor nivel económico están cerca de algún país en el que ha existido guerra y, por tanto, reciben a menudo la importante carga de la atención de los refugiados. Las mujeres y los niños son especialmente vulnerables a la guerra, debido a que a menudo son testigos o participantes forzados en asesinatos, son víctimas de violación, sufren infección por SIDA, son obligados a participar como soldados en el caso de los niños y sufren las dificultades y consecuencias de la rehabilitación de estos niños soldados. En las situaciones posteriores a una guerra, a menudo no se atienden los aspectos de tipo psicosocial, a pesar del hecho de que la presencia de trastornos psicosociales contribuye al bajo nivel de cumplimiento de los calendarios de vacunación, de la nutrición, de la rehidratación oral o de los tratamientos con antibióticos, así como a la realización de comportamientos sexuales de riesgo; además, se deben considerar los elevados niveles de morbilidad y mortalidad asociados a las enfermedades infecciosas evitables y que tienen tratamiento. En ocasiones, la enorme cantidad de refugiados y sus desplazamientos hacen muy difícil la aplicación de medidas de tipo práctico. Por ejemplo, durante la guerra de Kosovo, en Macedonia hubo más de 250.000 refugiados, así como grandes desplazamientos entre los campos a medida que llegaban nuevos refugiados, todo lo cual hizo muy difícil el trabajo psicosocial durante la fase inicial (40). En Georgia, con una población de aproximadamente 5 millones de personas y con una crisis económica que ha reducido el gasto en salud por persona desde 200 a 7 dólares estadounidenses al año, hay más de 250.000 personas desplazadas en el propio país cuyas necesidades de apoyo psicológico no están resueltas, así como otros 7.000 refugiados procedentes de Chechenia respecto a los cuales el gobierno no acepta su responsabilidad, de manera que no tienen acceso a ningún tipo de asistencia médica excepto la aportada por la Cruz Roja (41). Desde hace tiempo se ha destacado la importancia clave que tienen los equipos de atención primaria en el tratamiento de las consecuencias psicológicas a plazos medio y largo tras un desastre como cualquiera de los señalados (42).

## ALGUNOS ASPECTOS SOBRE LA APLICACIÓN DE LAS POLÍTICAS

La aplicación de las políticas se acompaña de dificultades todavía mayores que el establecimiento de las estrategias, y es necesario prestar una atención especial a las *comunicaciones* (relaciones públicas respecto a la estrategia, difusión de la información en el interior de las organizaciones, consideración de las respuestas que tienen lugar, establecimiento de alianzas entre las partes implicadas); a los *recursos* (acceso a los presupuestos, aseguramiento del capital, mantenimiento de los flujos de reembolso, incremento en la participación en los presupuestos generales, patrocinio y otro tipo de ayudas); al *personal* (planificación del desarrollo de los recursos humanos, formación respecto a las situaciones de modificación del servicio, formación básica y continuada para las personas que trabajan en salud mental, formación específica de profesionales ya establecidos como los que trabajan en atención primaria y los profesores, comunicación con las personas que desarrollan el trabajo, e implicación de los distintos cuerpos profesionales e instituciones educativas), y a la *aplicación de*

la *estrategia* (participación de organizaciones de carácter genérico, gestores, políticos). Es necesario abordar el problema que plantea el estigma que acompaña a la enfermedad mental en las iniciativas gubernamentales, de manera que la política sobre salud mental esté bien integrada en la política sanitaria general y para que la desinstitucionalización sea contemplada como un paso importante en la obtención de resultados sanitarios y sociales mejores respecto a las personas que sufren enfermedades mentales, más que como una oportunidad para ahorrar dinero en los costes de la asistencia sanitaria.

Un componente importante del camino a recorrer es el incremento en la capacidad de desarrollo político, en el control de los aspectos sanitarios y en el diseño de la investigación, tanto para la innovación y el desarrollo como para la legitimación de los distintos niveles organizativos. Todo ello implica el uso colectivo de los elementos de unión y de las comisiones de servicios tanto durante la formación profesional como durante el desarrollo de las labores específicas. También debemos aprender mucho más acerca de los aspectos epidemiológicos nacionales y locales, así como incrementar los esfuerzos epidemiológicos a nivel local.

Las agencias de financiación de la investigación desempeñan un papel clave en la adopción de iniciativas multinacionales, apoyando a los investigadores jóvenes y a los centros de investigación, y reconociendo la complejidad de la investigación en servicios de salud y en la evaluación de las intervenciones de prevención. Es necesario un compromiso a largo plazo por parte de los gobiernos, de los organismos internacionales, de los patrocinadores y de nosotros mismos. Es importante controlar la financiación de la investigación (43). El acceso a Internet, la participación de la Cochrane Collaboration y la consideración de las revistas profesionales internacionales son factores esenciales para que los países puedan por sí mismos utilizar las bases internacionales de la evidencia. Existe una necesidad cada vez mayor de realización de estudios sobre las distintas relaciones coste-efectividad en los países pobres (44).

## VOLUNTAD POLÍTICA

Se requiere una voluntad política a nivel nacional que apoye la política sanitaria pública respecto a la salud mental (incluyendo un aumento de la importancia de la salud mental en el Ministerio de Sanidad, la colaboración con otros ministerios y la formación de un comité interministerial respecto a la salud mental, tal como ha ocurrido en Irán); también necesitamos una voluntad política a nivel internacional (incluyendo la consideración de la salud mental en los programas de las reuniones clave de política internacional, p. ej., a nivel de la presidencia de la Unión Europea) así como el debate respecto a los medios y la colaboración de carácter internacional (6).

## CONCLUSIONES

Todos los países constituyen una mezcla de áreas desarrolladas y de áreas en vías de desarrollo, y podemos aprender de todas ellas. Las aplicaciones a gran escala son peligrosas, y necesitamos soluciones diseñadas para tener en cuenta los factores locales. Es necesaria la capacidad de actuación de la política estratégica, la eliminación de los estigmas, la potenciación de los derechos humanos, la implicación de los usuarios, la evaluación individual de las necesidades y la aplicación de planes asistenciales individuales, la evidencia de las distintas formas de intervención, las relaciones públicas y la evaluación de los resultados. Los psiquiatras desempeñan un papel clave a

través de su influencia sobre los distintos organismos gubernamentales con objeto de incrementar la prioridad de la salud mental, de desarrollar políticas de salud mental bien diseñadas y de lograr su aplicación y ajuste.

*World Psychiatry* 2003; 2: 14-19

## Bibliografía

1. Jenkins R, McCulloch A, Parker C. Supporting governments and policy makers on mental health policy. Geneva: World Health Organization, 1998.
2. Murray C, Lopez AD. 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 University Press, 1996.
3. Institute of Medicine. Neurological, psychiatric and developmental disorders. Meeting the challenge in the developing world. Washington: National Academy Press, 2001.
4. Fryers T, Melzer D, Shah A. Inequalities in mental health. London: Maudsley Monograph, 2002.
5. Corrigan PW, Watson AW. Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry* 2002;1:6-19.
6. Jenkins R. World Health Day 2001 - Minding the world's mental health. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2001;36:165-8.
7. World Health Organization. The World Health Report 2001. Mental health: new understanding, new hope. Geneva: World Health Organization, 2001.
8. World Health Organization. Mental Health Policy project - Policy and service guidance package - Executive summary. Geneva: World Health Organization, 2001.
9. Lavikainen J, Lahtinen E, Lehtinen V. Public health approach on mental health in Europe. Helsinki: Stakes, 2001.
10. Department of Health. Health of the nation: key area handbook, 2nd ed. London: Stationery Office, 1994.
11. Department of Health. Saving lives: our healthier nation: a contract for health. London: Stationery Office, 1999.
12. Commonwealth of Australia. Better health outcomes for Australians: national goals, targets and strategies for better health outcomes into the next century. Canberra: Commonwealth of Australia, 1994.
13. Jenkins R. Making psychiatric epidemiology useful: the contribution of epidemiology to mental health policy. *Acta Psychiatr Scand* 2001;103:2-14.
14. Melzer H, Jenkins R. The British psychiatric morbidity survey programme 1993-2003. *Int Rev Psychiatry* (in press).
15. Jenkins R, McCulloch A, Friedli L et al. Development of a national mental health policy. London: Maudsley Monograph, 2002.
16. Jenkins R, Tomov T, Puras D et al. Mental health reform in Eastern Europe. *Eurohealth* 2001;7:15-21.
17. World Health Organization. Atlas. Mental health resources in the world. Geneva: World Health Organization, 2001.
18. United Nations. Prevention of suicide: guidelines for the formulation and implementation of national strategies. New York: United Nations, 1996.
19. Jenkins R, Singh B. General population strategies of suicide prevention. In: Hawton K, van Heeringen K (eds). Handbook of suicide prevention. Chichester: Wiley, 2000:597-615.
20. Taylor SJ, Kingdon D, Jenkins R. How are nations trying to prevent suicide? An analysis of national suicide prevention strategies. *Acta Psychiatr Scand* 1997;95:457-63.
21. Harris EC, Barraclough B. Excess mortality of mental disorder. *Br J Psychiatry* 1998;173:11-53.
22. Jenkins R. Addressing suicide as a public health problem. *Lancet* 2002;359:813-4.
23. Scott Samuel A, Ardern K, Birley M. Assessing health impacts on a population. In: Pencheon D, Guest C, Melzer D et al (eds). Oxford handbook of public health practice. Oxford: Oxford University Press, 2001:48-58.
24. Jenkins R, Strathdee G. The integration of mental health care with primary care. *Int J Law Ment Health* 2000;238:77-91.
25. Shepherd M, Cooper B, Brown AC et al. Psychiatric illness in general practice. London: Oxford University Press, 1996.
26. Harding TW, de Arango MV, Baltazar J et al. Mental disorders in primary health care: a study of their frequency in four developing countries. *Psychol Med* 1980;10:231-41.
27. Goldberg D, Huxley PJ. Common mental disorders - a biopsychosocial model. London: Routledge and Kegan Paul, 1992.
28. Ustun TB, Sartorius N. Mental illness in general health care: an international study. Chichester: Wiley, 1995.
29. Mann AH, Jenkins R, Belsey E. The twelve month outcome of patients with neurotic illness in general practice. *Psychol Med* 1981;11:535-50.
30. Jenkins R, Bebbington P, Brugha T et al. British psychiatric morbidity survey. *Br J Psychiatry* 1998;173:4-7.
31. Mohit A. Training packages in developing countries. In: Jenkins R, Ustun TB (eds). Preventing mental illness - Mental health promotion in primary care. Chichester: Wiley, 1998:253-9.
32. Mubbashar MH. Developments in mental health services in Pakistan. In: Murthy RS (ed). Mental health in India. Bangalore: Ganesha, 2001:251-9.
33. Abiodun OA. Knowledge and attitudes concerning mental health of primary care workers in Nigeria. *Int J Soc Psychiatry* 1991;37:113-20.
34. Jenkins R. Mental health and primary care - Implications for policy. *Int Rev Psychiatry* 1998;10:158-60.
35. WHO Collaborating Centre. WHO guide to mental health in primary care (adapted for the UK from Diagnostic and management guidelines for mental disorders in primary care). Chapter V, Primary care version. London: Royal Society of Medicine, 2000.
36. Andrews G, Jenkins R (eds). Management of mental disorders. Aldershot: Datapress, 2000.
37. Bodeker G, Jenkins R, Burford G. International Conference on Health Research for Development (COHRED), Bangkok, Thailand, October 9-13, 2000: Report on the Symposium on Traditional Medicine. *J Alternative Complementary Medicine* 2001;7:101-8.
38. Saaed K, Gater R, Mubbashar MH et al. The prevalence, classification and treatment of mental disorders among attenders of native healers in rural Pakistan. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2000;35:480-5.
39. Paton J, Jenkins R. Guide to mental health in prisons (adapted for the UK from Diagnostic and management guidelines for mental disorders in primary care). London: Royal Society of Medicine, 2002.
40. World Health Organization. Health in emergencies: the experience in the former Yugoslav Republic of Macedonia in 1999. Skopje: WHO Regional Office for Europe, Humanitarian Assistance Office, 2000.
41. Jenkins R, Sugurladze S, Lucas J. Situation appraisal of mental health in Georgia. Unpublished manuscript, 2001.
42. Luzano J, Lima J. Planning for health/mental health integration in emergencies. In: Lystad M (ed). Mental health response to mass emergencies - Theory and practice. New York: Brunner/Mazel, 1988:371-92.
43. Global Forum for Health Research. Monitoring financial flows for health research. Geneva: Global Forum for Health Research, 2001.
44. Shah A, Jenkins R. Mental health economic studies from developing countries reviewed in the context of those from developed countries. *Acta Psychiatr Scand* 1999;100:1-18.

# Intervenciones familiares en los trastornos mentales: eficacia y efectividad

IAN R.H. FALLOON

Department of Psychiatry, University of Auckland, New Zealand

El médico Henry Richardson describió en 1948 el papel que desempeña la asistencia familiar en la recuperación de los problemas de salud tanto físicos como mentales (1). Su trabajo pionero denominado «Los pacientes tienen familia» fue leído por un grupo de psiquiatras y de antropólogos sociales del Palo Alto Research Institute en California, y constituyó el fundamento para la evaluación y diseño sistemáticos de las distintas formas de intervención familiar (véase la referencia bibliográfica 2 respecto a los detalles de esta perspectiva histórica). A diferencia de Richardson, estos profesionales de orientación psicoanalítica postulaban que la influencia de la familia era un factor etiológico en las enfermedades mentales graves, más que un elemento clave en la recuperación de los pacientes con estas enfermedades. Durante muchos años, se consideró que el sistema familiar era la raíz de todo mal, y las familias eran acusadas de abusar de manera inadvertida de sus hijos a través de distintas estrategias sutiles de comunicación, como la ocultación y la desviación de la información. Sin embargo, estos pioneros de la terapia familiar pasaron un tiempo considerable con las familias y las ayudaron a corregir estos defectos. En el National Institutes of Health (NIH) de Bethesda se creó una unidad especial en la que residieron familias enteras durante periodos de hasta 2 años, con realización de reuniones regulares para la evaluación de sus estilos de comunicación en la resolución de los problemas cotidianos. El simple hecho de facilitar las reuniones familiares de manera regular, en las que se animaba a las familias a expresar de forma abierta sus preocupaciones y a intentar encontrar soluciones a la mayor parte de sus problemas más acuciantes, dio a menudo la impresión de inducir un efecto terapéutico importante. Aproximadamente en la misma época, un equipo de psicólogos y de psiquiatras sociales británicos comenzó un estudio acerca de los resultados del paso de los enfermos mentales crónicos residentes en los hospitales al contexto comunitario (3). Este proyecto fue liderado por George Brown y John Wing, que observaron que uno de los factores predictivos del buen resultado de este cambio en los enfermos mentales crónicos era el ambiente interpersonal existente en los hogares en los que residían los pa-

cientes (4,5). Los peores resultados se obtuvieron en los casos en los que los pacientes vivían en albergues, en donde recibían poco apoyo y cariño. Sin embargo, la segunda situación peor correspondió a los hogares en los que los pacientes vivían con familiares cercanos, como los padres o los cónyuges. Este hallazgo inesperado fue analizado en una serie de estudios en los que se utilizaron técnicas de entrevista muy sofisticadas para intentar determinar las características específicas asociadas al éxito o al fracaso en la asistencia comunitaria (6). En la tesis doctoral de Christine Vaughan, realizada en 1976, se compararon los efectos de las actitudes familiares sobre las tasas de recidiva a corto plazo de los episodios de depresión mayor o de psicosis en pacientes ambulatorios que habían presentado una buena recuperación tras el tratamiento hospitalario en la fase aguda. Este estudio se resumió en una publicación clásica en la que se afirmaba que los factores familiares representaban un parámetro clave para conseguir una recuperación estable en los pacientes con enfermedades mentales graves. En su publicación clásica (7), realizada en colaboración con Julian Leff, Vaughan subrayó el valor de las actitudes negativas que acompañan a la crítica emocional y la intrusión como factores predictivos de la recidiva del proceso clínico. Sin embargo, en su tesis, que no fue publicada, se prestaba una atención mayor al mejor resultado clínico obtenido con los comentarios cariñosos y el apoyo emocional expresado por los familiares hacia el paciente (8). Por desgracia, el término de «emoción expresada» se hizo sinónimo de los aspectos negativos de la asistencia familiar. Se desarrollaron albergues alternativos para estos pacientes a pesar del hecho de que en los primeros estudios se había demostrado que este tipo de residencias se asociaban a la tasa mayor de fracasos en lo relativo a la asistencia comunitaria.

Afortunadamente, no todos los especialistas que estudiaron estos trabajos concluyeron que la mejor manera de ayudar a los pacientes con enfermedades mentales graves era la de buscar alternativas a la asistencia familiar. Un pequeño grupo dirigido por Robert Liberman tomó una dirección distinta con el objetivo de ayudar a las familias que presentaban niveles de sobrecarga y estrés tan importantes debido a la asistencia de sus

familiares enfermos que no podían demostrar el comportamiento positivo de asistencia que parecía mejorar el pronóstico de los pacientes. La aplicación de un programa detallado de educación acerca de la naturaleza de las enfermedades mentales y de su tratamiento óptimo se continuó con el problema práctico constituido por la forma de resolver las dificultades cotidianas que planteaban tanto la sintomatología residual de los pacientes como sus dificultades de relación interpersonal (9). Los familiares y los pacientes fueron animados a utilizar actitudes efectivas de comunicación con objeto de expresar sus emociones, de una manera similar a los métodos desarrollados por los primeros terapeutas familiares. El objetivo era el de incrementar la expresión de los comentarios positivos respecto a los esfuerzos realizados por los pacientes, con independencia de lo triviales que pudieran parecer, así como el de reducir las regañinas y la crítica hostil, sustituyendo esta actitud por el intento de aclarar los aspectos más problemáticos de una manera que pudiera ayudar a que los pacientes realizaran esfuerzos para resolverlos. En términos sencillos, este abordaje psicoeducativo tenía el objetivo de convertir la emoción expresada de manera intensa y perjudicial en una emoción expresada de manera suave y útil, o el de enseñar a los familiares algunas de las estrategias clave de la asistencia y la rehabilitación efectivas. A partir de estos comienzos que tuvieron lugar a mediados del decenio de 1970, se inició una serie de ensayos clínicos aleatorizados y controlados, en principio sobre pacientes con esquizofrenia pero más adelante también en pacientes con una amplia gama de enfermedades mentales. En el contexto de este artículo se van a revisar los resultados obtenidos en términos de evidencia de la eficacia y la intervención familiar en los trastornos mentales del adulto tanto en condiciones reales como ideales.

## INTERVENCIONES FAMILIARES EN LOS TRASTORNOS DE ESQUIZOFRENIA

El tratamiento farmacológico óptimo sigue siendo la clave del abordaje clínico de los trastornos psicóticos, al menos du-

rante los períodos posteriores a los episodios psicóticos agudos. Sin embargo, se han obtenido efectos beneficiosos adicionales muy importantes cuando la farmacoterapia óptima se ha integrado con los tratamientos de tipo familiar (10-15). Las estrategias familiares de tipo educativo persiguen el objetivo de reducir el impacto del estrés generado por el ambiente sobre los individuos con vulnerabilidad biológica, al tiempo que facilitan el funcionalismo social. Se han desarrollado dos estrategias principales. La primera, el tratamiento del estrés basado en la persona que realiza la asistencia, procede de la terapia cocognitivo-conductual y persigue el objetivo de incrementar la eficiencia en la solución de los problemas del paciente así como su sistema de apoyo social para que le permita alcanzar de forma activa sus objetivos vitales personales (2). La segunda estrategia persigue la formación de los familiares que realizan la asistencia en las técnicas de reducción del estrés y en el incremento de la aceptación de los comportamientos asociados con los síntomas positivos y negativos (6,16).

Desde 1980 se han publicado 50 ensayos clínicos controlados y con una metodología adecuada de investigación. Quince de estos estudios tuvieron una duración breve y no se consideraron ensayos clínicos adecuados del tratamiento biomédico y psicosocial integrado en los pacientes con enfermedades mentales graves. La mayor parte de estos estudios se refirieron únicamente a aspectos de educación sobre la salud mental (17-23). También se excluyeron dos estudios preliminares relativos a la intervención familiar breve (24,25). Otros ocho estudios presentaron problemas metodológicos graves y fueron excluidos del análisis detallado. Éstos fueron principalmente estudios sobre los efectos beneficiosos de la aplicación de la terapia familiar a la práctica clínica (26-33). Un estudio excelente fue excluido debido a que el «programa de prevención de recidivas» experimental evaluado consistió en una mezcla compleja de estrategias individuales, de grupo y familiares (34), mientras que en otro estudio excluido se comparó la educación familiar breve con la de aplicación a largo plazo (35).

Los 25 estudios restantes presentaron en general una calidad alta. Uno de sus problemas principales, que es común a toda la investigación psicosocial, fue la incapacidad de realizar los tratamientos psicosociales de manera «ciega» respecto a los pacientes y a los demás participantes, incluyendo los clínicos y los evaluadores independientes. Fue relativamente

escaso el número de estudios en los que se realizó el control de variables inespecíficas, como el contacto con los terapeutas, la capacidad y el entusiasmo, o las estrategias terapéuticas complementarias utilizadas en el tratamiento de los casos.

Los estudios presentaron variaciones considerables en las estrategias específicas de intervención evaluadas. En los de tipo más básico se realizaron simplemente varias sesiones de tipo informativo acerca de los tratamientos farmacológicos (36,37). Otros estudios tuvieron una duración de varios años, durante los cuales se realizó formación continuada, se aplicaron estrategias para el control del estrés y se impartió formación para el desempeño social, formación de tipo laboral, estrategias conductuales cognitivas específicas y formación respecto al control de las crisis ocurridas en el hogar, siempre que fue necesario (38-46). Es importante tener en cuenta que no todas las formas de intervención familiar son iguales y que, por esta razón, los efectos beneficiosos pueden ser diferentes.

En casi todos los estudios participaron pacientes con un diagnóstico de psicosis esquizofreniforme, esquizofrénica o esquizoafectiva. El tratamiento se inició generalmente después del control de la crisis con remisión de la sintomatología aguda de un episodio psicótico mayor. Los métodos de evaluación de los resultados presentaron grandes variaciones. En la mayor parte de los estudios se consideró la prevención de las exacerbaciones graves de la sintomatología psicótica mediante el uso de juicios clínicos de «recidiva» que no siempre estuvieron bien estandarizados (47). En algunos estudios también se utilizaron esquemas de valoración estandarizados para medir los efectos beneficiosos clínicos, sociales, familiares y económicos, de manera que fue posible evaluar una gama amplia de resultados de interés. En general, no se tuvieron en cuenta los abandonos de los abordajes terapéuticos efectuados por los pacientes y sus familias. Sin embargo, nuestro objetivo fue el de utilizar el método de «intención de tratamiento» para analizar los efectos beneficiosos. Además, en nuestra consideración de la eficacia clínica, se diseñó un índice de resultados en el que se combinan no solamente los episodios psicóticos mayores sino también los episodios mayores de cualquier tipo de sintomatología psiquiátrica como las ideas/intentos de suicidio o los trastornos afectivos, las hospitalizaciones por cualquier razón y los abandonos del tratamiento asignado debido a razones clínicas. Así, se obtuvo una descripción muy conser-

vadora de los efectos beneficiosos que se podrían esperar en la práctica clínica.

#### Efectos clínicos beneficiosos

En 18 ensayos clínicos se comparó la posibilidad de añadir o no una estrategia de control del estrés basada en la familia al tratamiento individualizado de los casos con mantenimiento de la medicación. De estos estudios, en 14 se observó un efecto beneficioso significativo de la aplicación de técnicas para el control del estrés (36-38,40,41,44,46,48-54), en dos no se observaron diferencias significativas (55,56) y en otros dos se demostraron ventajas mayores por el uso de técnicas para el control de casos individuales (39,40).

La proporción de casos que mantuvieron el tratamiento durante 1 año sin que se produjera una exacerbación grave de cualquier forma de proceso psicopatológico fue un 25 % mayor al aplicar estrategias de control del estrés: en el 62 % de los casos se observaron resultados positivos durante el período de 12 meses, en comparación con el 37 % de los casos en los que no se aplicaron técnicas de control del estrés. Estos resultados son muy significativos tanto desde el punto de vista estadístico como desde el punto de vista clínico (58).

#### Remisión de la sintomatología residual

La ausencia de episodios graves no constituye el único objetivo del tratamiento a largo plazo. La mayor parte de los pacientes experimentaron síntomas psicóticos y de déficit durante un cierto tiempo tras sufrir un episodio psicótico mayor (59). Los efectos beneficiosos de las estrategias familiares para reducir esta psicopatología residual y, por tanto, para incrementar la tendencia hacia una remisión completa de la esquizofrenia, fueron evaluados en 13 estudios (39,40,44-46,48,49,51,52,54,55,60,61). En estos estudios se compararon las valoraciones psicopatológicas efectuadas al inicio de los mismos con las obtenidas hasta 1 año después. En nueve de estos estudios se observó una tendencia global hacia la recuperación, tanto con los tratamientos experimentales como con los tratamientos control. Zhang y cols. (54) observaron esta tendencia únicamente en los pacientes en los que se aplicaron técnicas de control del estrés y en los que no tuvo lugar ninguna exacerbación de los síntomas. En un estudio en el que participó un evaluador «ciego» que realizó entrevistas estandarizadas sobre la psicopatología antes del tratamiento y de nuevo a los 9 y 24 meses del

inicio del mismo, se observó que el 65 % de los casos que recibieron la asistencia familiar alcanzó una remisión completa tanto de la sintomatología esquizofrénica psicótica como de déficit al cabo de 2 años, en comparación con el 15 % de los casos en los que se efectuó un tratamiento de tipo asertivo (40).

### Resultados en el ámbito de lo social

La recuperación social completa de los trastornos mentales puede ser más difícil de alcanzar que la remisión clínica. Trece estudios utilizaron instrumentos estandarizados para la evaluación del funcionamiento social, aunque tres de ellos aplicaron métodos que carecían del rigor científico suficiente y en uno de ellos esa metodología fue demasiado compleja como para su inclusión en el análisis (39). Cinco de los nueve estudios restantes demostraron la obtención de efectos beneficiosos significativamente mayores al aplicar estrategias de control del estrés (26,37,40,46,52,53), en uno se observó una tendencia clara (44) y en tres no se obtuvieron efectos beneficiosos significativos en comparación con el tratamiento medicamentoso y con el control de los casos (36,51,55). A pesar de las dificultades para determinar los efectos beneficiosos sobre una amplia gama de objetivos de tipo social, muchos de los cuales no tienen relevancia personal para todos los pacientes, fueron evidentes las ventajas de la asistencia familiar. En un estudio en el que se evaluó con detalle esta cuestión mediante la aplicación de valoraciones con control ciego, se demostró que el 40 % de los pacientes del grupo de terapia familiar no presentó signos de incapacidad social al cabo de 2 años de un tratamiento global que incluyó también la formación respecto al desempeño social y la rehabilitación vocacional individual en el propio programa terapéutico (40). Este porcentaje fue mucho mayor que el correspondiente a los casos que recibieron un tratamiento individual de tipo asertivo de intensidad similar, que fue del 6 %.

### Efectos beneficiosos sobre la familia

Un objetivo importante de las estrategias de control del estrés en las familias es el de incrementar el funcionalismo familiar y el de reducir la sobrecarga, especialmente en las personas de la familia que atienden al paciente. En cuatro estudios en los que se evaluó este parámetro se observó una reducción media del 34 % en el estrés que sufrían las personas que atendían a los pacientes (40,44,45,53). Este porcentaje fue de sólo el 9 % en los

casos en los que únicamente se administraron tratamiento farmacológico y técnicas de control del caso. En cinco de los seis estudios en los que se compararon las valoraciones estandarizadas del estrés familiar asociadas al control del estrés con el uso de fármacos y de técnicas de control del paciente se demostró una ventaja significativa del abordaje con control del estrés (37,40,36,52,53). En el abordaje de grupo familiar múltiple de autoayuda propuesto por Buchkremer et al (55) no se observó ninguna modificación en la determinación de los problemas familiares asociados a la enfermedad de los pacientes, pero este abordaje se acompañó de un incremento en la actitud cálida hacia los pacientes y de una reducción de la hostilidad hacia los mismos.

### Efectos beneficiosos económicos

Las mejoras clínicas y sociales, así como en el funcionalismo familiar, deberían reducir la necesidad de aplicación de una asistencia médica y social intensiva, y por tanto deberían dar lugar a efectos beneficiosos económicos respecto a las personas u organismos que proporcionan el servicio. En seis estudios se han demostrado estos efectos beneficiosos, aunque con análisis relativamente poco sofisticados de los costes (29,40,42,45, 52,62). Es importante destacar el hecho de que en ninguno de estos estudios se demostró que la adición del abordaje familiar elevara el coste del servicio. En la mayor parte de los casos, el ahorro en el coste económico de los servicios debido a la integración de la terapia familiar fue importante. Además, el coste adicional para la familia fue generalmente mínimo, sobre todo debido a que la mayor parte de las sesiones de tratamiento se realizaron de una manera flexible con objeto de minimizar la disminución de ingresos y los costes de transporte.

### Permanencia de los efectos beneficiosos

La duración con la que se aplicaron los programas osciló entre 6 meses y 4 años, aunque en la mayor parte de los estudios este tratamiento se aplicó durante 9 a 12 meses. Se demostró que los efectos beneficiosos se mantuvieron y que continuó la tendencia hacia la recuperación clínica y social, siempre que se continuara el abordaje terapéutico sin realización de modificaciones importantes en el mismo a lo largo del período de estudio (38,40,42-44,63). Cuando se interrumpió el tratamiento al final del período de estudio, se observó que el estrés inducido por la finalización inminente

de un programa terapéutico que había dado lugar a buenos resultados pudo haber contribuido a la observación de un exceso de episodios durante este período (38). Sin embargo, la interrupción en el programa de formación intensivo para el control del estrés generalmente no se asoció a una desaparición inmediata de los efectos beneficiosos clínicos aparentes. En los estudios en los que se evaluaron los efectos beneficiosos clínicos a lo largo de un período de al menos 2 años, se observó una ventaja del 23 % respecto al efecto del control del estrés sobre la minimización de los episodios clínicos graves (36,38,40,42-44,63-65).

En los cuatro estudios en los que el seguimiento de los casos se efectuó durante un período de al menos 4 años, se demostró el mantenimiento de los efectos beneficiosos clínicos a largo plazo (42, 66-68). Sin embargo, la metodología de los estudios de seguimiento a largo plazo no es la ideal, y es evidente que en los casos individuales los efectos beneficiosos tienden a disminuir una vez que se interrumpe el tratamiento activo. Al igual que ocurre con todos los problemas de salud importantes, el tratamiento de tipo global debe continuarse hasta que desaparezcan todas las alteraciones y formas de incapacidad residuales, de manera que a partir de ese momento se pueda realizar el control de la recidiva precoz de los signos con la aplicación de una terapia de recuerdo, siempre que esté indicado (39,67). Son esenciales los estudios de esta naturaleza con la utilización de programas óptimos a largo plazo (69).

### Efectividad de la terapia familiar en la práctica clínica habitual

Uno de los principales problemas planteados por muchos de los investigadores ha sido la posibilidad de reproducción en la práctica clínica de los efectos beneficiosos obtenidos en los ensayos clínicos. En este contexto, ha existido una tendencia a la reducción de los métodos mediante el uso de sólo una parte del programa de intervención, generalmente del componente educativo sobre salud mental (17,23,35,70-92). En algunos de estos estudios se han obtenido efectos beneficiosos limitados, sobre todo un mayor cumplimiento de la medicación prescrita (12). No obstante, los efectos beneficiosos clínicos y sociales importantes suelen ser menores que los que se obtienen mediante la aplicación de programas globales a lo largo de períodos prolongados.

En este momento, se ha completado una serie de ensayos clínicos y casi to-

dos ellos han obtenido buenos resultados con la reproducción en la práctica clínica de los resultados obtenidos en los propios estudios (26-34,93-101).

#### Efectos beneficiosos comparativos obtenidos con las técnicas de control del estrés

Las estrategias utilizadas para el control del estrés son las siguientes:

- evaluación global de las necesidades biomédicas y psicosociales
- control de los casos
- tratamiento medicamentoso óptimo
- educación de los pacientes y de las personas que los atienden respecto a las enfermedades mentales y a su tratamiento
- formación en técnicas de resolución efectiva de problemas respecto a las situaciones de estrés actuales y anticipadas
- estrategias específicas para el control de los problemas del cumplimiento de las indicaciones
- formación para el desempeño social y laboral
- estrategias específicas para el control de los síntomas psicóticos y de déficit residuales
- estrategias específicas para el control de los síntomas afectivos residuales y de ansiedad
- detección precoz de las exacerbaciones
- intervención en las crisis asertivas.

En el momento actual, son pocos los estudios en los que se haya intentado la comparación de las diferentes combinaciones de estas estrategias. Aunque está claro que la educación sanitaria por sí misma tiene efectos beneficiosos globales de carácter limitado (12), no se ha determinado cuál es la combinación de componentes o de abordajes terapéuticos más efectiva y eficiente (34). Las magnitudes de los efectos beneficiosos clínicos de las distintas combinaciones clave de las formas de intervención indican que los abordajes de tipo educativo o sistémico a largo plazo pueden ser menos eficaces que los enfoques fundamentados en los métodos de resolución de problemas y en técnicas cognitivo-conductuales (58). A pesar de que se ha recomendado con insistencia un enfoque basado en la persona que cuida principalmente al paciente, también se han recomendado de manera intensa los abordajes de apoyo individual a largo plazo con uso de los mismos métodos para el control del estrés. En un estudio en el que se compararon los enfoques individual y familiar, el 38 % de los pacientes que recibieron terapia familiar presentó un episodio grave de psicosis o de trastorno afectivo, o bien tuvo que

abandonar el tratamiento en un período de 24 meses, en comparación con el 28 % de los pacientes que recibieron técnicas de apoyo para control del caso, y en comparación con únicamente el 13 % de los pacientes en los que se impartió formación individual intensiva para el control del estrés (39). Estas ventajas se mantuvieron hasta el final del tercer año. La reducción de la sintomatología residual fue más intensa con el abordaje familiar, pero los efectos beneficiosos sobre el funcionalismo social tuvieron lugar principalmente durante el primer año, mientras que los asociados al enfoque individual más intensivo se mantuvieron e incluso aumentaron durante un período de 3 años (33). En este estudio, los pacientes expresaron niveles bajos de satisfacción con la terapia familiar, mientras que mostraron una gran satisfacción con el abordaje individual, con el que se realizó un 73 % más de sesiones (2,4 al mes a lo largo de 36 meses, en comparación con 1,4 al mes). A diferencia de lo observado en los primeros estudios, el grupo Hogarty's Pittsburgh no observó ningún efecto beneficioso añadido al combinar las estrategias familiar e individual.

En un estudio menos complejo efectuado sobre una cohorte de pacientes que estaban recibiendo tratamiento comunitario asertivo se observó que, a pesar de que la terapia familiar para las crisis podía prevenir los episodios graves de manera tan efectiva como el tratamiento familiar múltiple continuo, sus resultados no fueron tan buenos respecto a la obtención de efectos beneficiosos sociales, sobre todo en el ámbito laboral (44). Es esencial la realización de nuevos estudios complejos para comparar los componentes de los programas terapéuticos globales y perfeccionar estos enfoques.

#### Grupos unifamiliares frente a grupos multifamiliares

En una serie de ocho estudios en los que se comparó el control del estrés realizado de manera predominante en grupos multifamiliares con el realizado principalmente en sesiones individuales se observó una ventaja media de sólo el 3 % en cuanto a los buenos resultados clínicos con el abordaje familiar individual (37 frente a 34 %) durante el primer año de tratamiento (36, 42-44, 63, 102-105). En otros dos estudios se ha comparado un grupo familiar múltiple con la medicación y con el control del caso (48,55). En el primer estudio sobre participación de grupos de autoayuda constituidos por familiares no participaron los pacientes y se observó una tasa mayor de hospita-

lizaciones que en el grupo control (55), mientras que en el segundo estudio se observó una disminución en el consumo de recursos, incluyendo las hospitalizaciones, en asociación al tratamiento familiar múltiple (48). McFarlane y cols. (42) han demostrado que el abordaje familiar múltiple puede tener ventajas cuando se aplica como estrategia de mantenimiento a largo plazo, pero su trabajo no ha podido ser reproducido por completo, a pesar de que en otros dos estudios se utilizaron abordajes familiares múltiples durante el segundo año de los programas, con obtención de buenos resultados clínicos en cuanto a su mantenimiento (40,106). La compleja metodología de estos estudios comparativos impide el establecimiento de una conclusión firme acerca de las ventajas relativas de estos abordajes, sobre todo cuando las estrategias psicosociales usadas han presentado diferencias en los contextos de familia única y de familia múltiple. En un estudio actual realizado en varios centros italianos y que casi ha finalizado se han comparado métodos idénticos en los contextos de familia única y de familia múltiple. Los resultados preliminares parecen apoyar la conclusión de que con ambos enfoques se consiguen efectos beneficiosos clínicos similares (104). Sin embargo, en este estudio, se ha subrayado de nuevo la existencia de una tasa mayor de mantenimiento del resultado clínico en el contexto familiar múltiple. Aunque los contextos familiares múltiples parecen presentar una relación coste-efectividad mejor, es importante la consideración de todos los costes y no solamente del tiempo que lleva la realización del tratamiento en sí mismo antes de concluir que esta estrategia debería ser el método de elección. Es poco probable que cualquier formato de formación permita solucionar todos los casos, y un servicio de carácter global debe incluir una amplia gama de abordajes familiares e individuales eficaces diseñados para solucionar las necesidades de los casos individuales en las distintas etapas de su recuperación clínica y social.

#### Integración con las estrategias de formación para el desempeño social y laboral

La adición de estrategias de formación para el desempeño social con objeto de ayudar a los pacientes a superar de manera más efectiva el estrés que sufren en el ámbito comunitario fuera de su grupo familiar parece aportar un efecto beneficioso añadido a los métodos que se centran sobre todo en el estrés que sufre el pa-

ciente en su ámbito social más inmediato. En seis estudios en los que se han combinado las estrategias de formación para el desempeño social con el control del estrés a través de la persona que cuida al paciente, parece que esta combinación da lugar a resultados clínicos mejores (38,40, 41,46,106). Sólo el 19 % de los pacientes tratados mediante este abordaje integrado presentó malos resultados durante el primer año de tratamiento. No se ha estudiado la forma precisa con la que se integran estas estrategias. En algunos programas, la formación para el desempeño social y laboral ha constituido una parte integral de las sesiones familiares de resolución de problemas (40,41,46), mientras que en otros programas ambos abordajes se han realizado en sesiones distintas (38,39,105). Es destacable el hecho de que los efectos beneficiosos de la formación para el desempeño social sin la adición del apoyo prestado por las personas que atienden de manera principal al paciente ha dado lugar a efectos beneficiosos limitados a largo plazo en los estudios controlados que se han realizado (38).

#### Integración de otras estrategias psicosociales para el control de los síntomas residuales

Varios grupos de investigación han utilizado un abordaje de tipo cognitivo-conductual que incluye la aplicación de estrategias específicas para el control de los síntomas residuales psicóticos, de déficit, afectivos y de ansiedad, todos ellos frecuentes en los trastornos psicóticos funcionales (40,31). Estas estrategias han demostrado un elevado nivel de eficacia cuando han sido estudiadas en pacientes no esquizofrénicos (107). Hasta el momento no se han efectuado estudios controlados en los que se hayan comparado programas familiares que incluyan estas estrategias con los programas familiares en los que sólo se aplicaron métodos genéricos de resolución de problemas. En un estudio en el que se utilizó una gama amplia de estrategias de tipo cognitivo-conductual se observó una mejoría en las tasas de episodios afectivos y de ansiedad durante el segundo año de tratamiento (40).

¿Puede el control del estrés basado en la familia reducir el nivel de medicación que necesita el paciente para prevenir las recidivas?

Los intentos para disminuir de manera sustancial las dosis de la medicación por debajo de los considerados clínicamente óptimos han tenido poco

éxito (45,105). Sin embargo, en estos estudios, las dosis de los medicamentos se disminuyeron de manera rápida y sustancial, en vez de hacerse de la manera gradual como se recomienda en la práctica clínica. Hahlweg et al (45) observaron una tasa relativamente baja de episodios sintomáticos mayores con una estrategia de dosis dirigida durante todo el período en el que se efectuaron sesiones regulares para el control del estrés. En el estudio cooperativo de Schooler no se pudo reproducir este resultado, pero se apoyó la hipótesis de que las estrategias basadas en la terapia familiar pueden facilitar la disminución de las dosis de los medicamentos utilizados sin incrementar el riesgo de aparición de episodios sintomáticos graves (105).

#### INTERVENCIONES FAMILIARES EN LOS TRASTORNOS AFECTIVOS

La educación familiar y el control del estrés son técnicas que se utilizan a menudo en los programas terapéuticos dirigidos a los trastornos afectivos mayores, aunque es relativamente escaso el número de estudios en los que se hayan evaluado los efectos beneficiosos de este tipo de enfoque. En los estudios realizados con control sobre pacientes con trastornos bipolares y en los que han participado las familias en el proceso terapéutico, se ha demostrado un efecto beneficioso añadido, similar al obtenido en los estudios sobre trastornos de esquizofrenia (108-113). Estos efectos beneficiosos en una enfermedad en la que la farmacoterapia es a menudo poco satisfactoria indican que se debe insistir en el abordaje terapéutico basado en las personas que cuidan al paciente (114).

A pesar de la importante evidencia de la asociación existente entre los factores familiares y conyugales por un lado y el inicio y progresión de los trastornos depresivos mayores por otro (115), la mayor parte de las estrategias psicosociales se han centrado en el estrés y la vulnerabilidad desde la perspectiva del paciente. Son limitadas las pruebas existentes de que las estrategias familiares o conyugales permiten conseguir mayores beneficios que los abordajes de tipo cognitivo-conductual o de tipo interpersonal, sobre todo cuando el conflicto conyugal representa un factor estresante progresivo de gran importancia (116-124).

La intervención precoz mediante un abordaje de tipo familiar cuando aparecen por primera vez los síntomas depresivos o de manía puede resultar un enfoque de gran eficacia para la prevención de los episodios afectivos graves, de la

morbilidad asociada y del riesgo potencial de suicidio (125,126). Aunque éste es un enfoque muy prometedor, es esencial la realización de estudios detallados y con control para demostrar que los abordajes basados en la persona que cuida al paciente deben ser considerados con una precisión mayor en lo que se refiere a los problemas específicos asociados a los trastornos afectivos.

#### INTERVENCIONES FAMILIARES EN LA ANSIEDAD Y LOS TRASTORNOS OBSESIVO-COMPULSIVOS

La educación y la ayuda tanto de familiares como de amigos en la aplicación de las estrategias de tipo cognitivo-conductual específicas respecto a la ansiedad y a los trastornos obsesivo-compulsivos es una práctica común (127-133). Sin embargo, no se ha publicado ningún ensayo clínico efectuado con control acerca de los efectos beneficiosos específicos asociados a la implicación de estas personas.

En un ensayo clínico controlado sobre pacientes con trastorno por estrés postraumático se demostró la ausencia de efectos beneficiosos por la adición de estrategias de terapia familiar cognitivo-conductual en un programa de exposición graduada (134).

#### INTERVENCIONES FAMILIARES EN LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

La implicación de la familia en el tratamiento de la anorexia nerviosa es frecuente en la mayor parte de los programas (135). Sin embargo, son escasos los estudios realizados con control acerca de esta cuestión (136-138). Los resultados no demuestran que las terapias familiares den lugar a efectos beneficiosos de manera constante, en combinación con los diferentes abordajes psicoterapéuticos individuales. Las estrategias de terapia familiar han variado de manera considerable, y no se ha demostrado que ninguna de ellas sea mejor que las demás (139,140).

#### INTERVENCIONES FAMILIARES EN EL ALCOHOLISMO Y LA DROGADICCIÓN

Existen cada vez más pruebas de los efectos beneficiosos de las estrategias familiares en el tratamiento del alcoholismo y de la drogadicción. Estas estrategias incluyen la participación de personas no motivadas (141) y el tratamiento

de la drogadicción en pacientes con trastornos de esquizofrenia (142).

## CONCLUSIONES

Existen suficientes evidencias científicas que señalan que las estrategias dirigidas a incrementar la capacidad asistencial de los familiares y de otras personas implicadas en los cuidados cotidianos de los pacientes con enfermedades mentales ejercen un efecto clínico significativo sobre la evolución de los trastornos mentales más graves. Estas evidencias son más fuertes en la esquizofrenia y en los trastornos afectivos bipolares. Los mejores resultados parecen estar asociados a los métodos de carácter global que integran a las personas que cuidan a los pacientes en el equipo terapéutico mediante medidas educativas y de formación respecto a las estrategias para el control del estrés, con un apoyo profesional continuado y con supervisión a lo largo de un período de al menos 2 años. Aunque las medidas educativas acerca de los trastornos mentales y de su tratamiento biomédico y psicosocial constituyen un componente muy valioso de estos enfoques, y pueden mejorar la participación y el cumplimiento de los programas terapéuticos, no parecen ser suficientes para reducir el riesgo de episodios graves o para potenciar la recuperación clínica o social.

Existen cada vez más pruebas de los efectos beneficiosos de los métodos basados en la persona que cuida a los pacientes, en el caso de la depresión y de los trastornos de la conducta alimentaria. Sin embargo, no se ha determinado cuáles son los casos en los que están más indicados los abordajes familiar o individual, ni tampoco como se podrían combinar ambas formas de tratamiento. Finalmente, aunque los miembros de la familia están implicados casi siempre en los programas terapéuticos para los trastornos de ansiedad y el abuso de sustancias, se precisan nuevas investigaciones que clarifiquen las ventajas reales de esta implicación.

Además de los efectos beneficiosos en términos de mejora del pronóstico, hay pruebas de que disminuye la morbilidad social, especialmente cuando el tratamiento se continúa durante al menos 2 años e integra el establecimiento de objetivos personales y diversos aspectos de formación en el desempeño social y laboral. A pesar de la evidencia de que los efectos beneficiosos de la terapia familiar no se mantienen una vez que finalizan las fases de formación intensiva, no se han realizado estudios para determinar cómo podría ser posible mantener las

mejoras alcanzadas. Las terapias de grupo familiar múltiple han ofrecido resultados prometedores como estrategia a largo plazo en las familias parentales. Sin embargo, cuando las personas que atienden a los pacientes son cónyuges, compañeros afectivos, hermanos, hijos o amigos cercanos, es posible que puedan preferir otras formas de abordaje del problema.

Los efectos beneficiosos obtenidos mediante las terapias familiares también son evidentes en las propias personas que atienden a los pacientes, en las que se observa una disminución del estrés que acompaña a su función de asistencia de los pacientes. Sin embargo, incluso cuando se aplican programas de tipo familiar basados en la evidencia, el estrés asociado a la asistencia familiar continuada en los casos crónicos sigue siendo considerable y, por consiguiente, es esencial considerar otras posibilidades alternativas de apoyo (143). Se debe dar una prioridad alta a las iniciativas para desarrollar y evaluar programas terapéuticos similares en servicios prestados en residencias.

A pesar de la evidencia clara de la eficacia y la eficiencia de estas estrategias, son pocos los servicios que las han incorporado en su práctica habitual (144). Este problema es común a la mayor parte de los avances que se realizan en la práctica clínica y que no tienen un carácter comercial. Además de la formación adecuada en las estrategias de tipo efectivo y psicológico, es necesario el tratamiento de tipo asertivo para garantizar que los esfuerzos de las personas que cuidan a estos pacientes quedan integrados de manera plena en los programas clínicos a lo largo de todo su desarrollo. Casi todos los pacientes tienen a alguien que les cuida, o al menos a alguien que les ayuda. El conocimiento y la formación respecto a los abordajes de resolución de problemas por parte de las personas que atienden a estos pacientes pueden constituir un recurso adicional muy importante para el equipo terapéutico, un recurso que puede contribuir a la recuperación clínica y social a largo plazo de los pacientes que presentan enfermedades mentales graves.

*World Psychiatry 2003; 2: 20-28*

## Bibliografía

1. Richardson HB. Patients have families. New York: Commonwealth Fund, 1948.
2. Falloon IRH, Boyd JL, McGill CW. Family care of schizophrenia. New York: Guilford Press, 1984.
3. Brown GW, Bone M, Dalison B et al.

- Schizophrenia and social care. London: Oxford University Press, 1966.
4. Brown GW, Carstairs GM, Topping GG. Post-hospital adjustment of chronic mental patients. *Lancet* 1958;i:685-9.
  5. Brown GW, Birley JLT, Wing JK. Influence of family life on the course of schizophrenic disorders. A replication. *Br J Psychiatry* 1972;121:241-58.
  6. Leff J, Vaughn C. Expressed emotion in families. New York: Guilford Press, 1985.
  7. Vaughn C, Leff J. The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness. A comparison of schizophrenic and depressed neurotic patients. *Br J Psychiatry* 1976;129:125-37.
  8. Falloon IRH. Expressed emotion: current status. *Psychol Med* 1988;18:269-74.
  9. Falloon IRH, Liberman RP, Lillie FJ et al. Family therapy for schizophrenics with a high risk of relapse. *Fam Proc* 1981; 20:211-21.
  10. Dixon LB, Lehman AF. Family interventions for schizophrenia. *Schizophr Bull* 1995;21:631-43.
  11. Huxley NA, Rendall M, Sederer L. Psychosocial treatments in schizophrenia: a review of the past 20 years. *J Nerv Ment Dis* 2000;88:187-201.
  12. Pekkala E, Merinder L. Psychoeducation for schizophrenia (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 3. Oxford: Update Software, 2001.
  13. Penn DL, Mueser KT. Research update on the psychosocial treatment of schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1996;153: 607-17.
  14. Pharoah FM, Mari JJ, Streiner D. Family intervention for schizophrenia. In: The Cochrane Library, Issue 2. Oxford: Update Software, 2000.
  15. Falloon IRH, Roncone R, Held T et al. An international overview of family interventions: developing effective treatment strategies and measuring their benefits to patients, carers, and communities. In: Lefley HP, Johnson DL (eds). Family interventions in mental illness: international perspectives. Westport: Greenwood, 2001:3-23.
  16. Anderson CM, Reiss DJ, Hogarty GE. Schizophrenia and the family. New York: Guilford Press, 1986.
  17. Atkinson JM, Coia DA, Gilmour WH et al. The impact of education groups for people with schizophrenia on social functioning and quality of life. *Br J Psychiatry* 1996;168:199-204.
  18. Bäuml J, Kissling W, Pitschel-Walz G. Psychoedukative Gruppen für schizophrene Patienten: Einfluss auf Wissenstand und Compliance. *Nervenheilkunde* 1996;15:145-50.
  19. Ehlert U. Psychologische Intervention bei den Angehörigen schizophrener Patienten. Frankfurt: Peter Lang, 1989.

20. MacCarthy B, Kuipers L, Hurry J et al. Counselling relatives of the long-term adult mentally ill. I. Evaluation of the impact on relatives and patients. *Br J Psychiatry* 1989;154:768-75.
21. Macpherson R, Jerrom B, Hughes A. A controlled study of education about drug treatment of schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1996;168:709-17.
22. Posner CM, Wilson KG, Krai MJ et al. Family psychoeducational support groups in schizophrenia. *Am J Orthopsychiatry* 1992;62:206-18.
23. Vaughan K, Doyle M, McConaghy N et al. The Sydney intervention trial: a controlled trial of relatives' counselling to reduce schizophrenic relapse. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1992;27:16-21.
24. Goldstein MJ, Rodnick EH, Evans JE et al. Drug and family therapy in the aftercare of acute schizophrenics. *Arch Gen Psychiatry* 1978;35:1169-77.
25. Glick ID, Clarkin JF, Haas GL et al. Clinical significance of inpatient family intervention: conclusions from a clinical trial. *Hosp Commun Psychiatry* 1993;44:869-73.
26. Barrowclough C, Tarrier N, Lewis S et al. Randomised controlled effectiveness trial of a needs-based psychosocial intervention service for carers of people with schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1999;174:505-11.
27. Berglund N. How early intervention in psychiatric long-term illness patients and their families influences relapse, medication and family burden. Unpublished manuscript, 1996.
28. Bertrando P, Bressi C, Clerici M et al. Terapia familiare sistemica ed emotività espressa nella schizofrenia cronica. Uno studio preliminare. *Attraverso lo Specchio* 1989;25:511-62.
29. Held T. Schizophreniebehandlung in der Familie. Frankfurt: Peter Lang, 1995.
30. Levene JE, Newman F, Jeffries JJ. Focal family therapy outcome study I: patient and family functioning. *Can J Psychiatry* 1989;34:641-7.
31. Kottgen C, Sonnichsen I, Mollenhauer K et al. Group therapy with families of schizophrenia patients: results of the Hamburg Camberwell Family Interview Study. III. *Int J Fam Psychiatry* 1984;5:84-94.
32. Xiang M, Ran M, Li S. A controlled evaluation of psychoeducational family intervention in a rural Chinese community. *Br J Psychiatry* 1994;165:544-8.
33. Rund BR, Moe L, Sollien T et al. The Psychosis Project: outcome and cost-effectiveness of a psychoeducational programme for schizophrenic adolescents. *Acta Psychiatr Scand* 1994;89:211-8.
34. Herz MI, Lamberti JS, Minz J et al. A program for relapse prevention in schizophrenia: a controlled study. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57:277-83.
35. Shimodera S, Inoue S, Mino Y et al. Expressed emotion and psychoeducational intervention for relatives of patients with schizophrenia: a randomized controlled study in Japan. *Psychiatry Res* 2000;96:141-8.
36. Hornung WP, Holle R, Schulze-Mönking H et al. Psychoedukativ-psychotherapeutische Behandlung von schizophrenen Patienten und ihren Bezugspersonen. Ergebnisse einer 1-jahres-Katamnese. *Nervenarzt* 1995;66:828-34.
37. Zhang M, He Y, Gittelman M et al. Group psychoeducation of relatives of schizophrenic patients: two-year experiences. *Psychiatry Clin Neurosci* 1998;52(Suppl.):S344-7.
38. Hogarty GE, Anderson CM, Reiss DJ et al. Family psycho-education, social skills training and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1986;43:633-42.
39. Hogarty GE, Kornblith JJ, Greenwald D et al. Three-year trials of personal therapy among schizophrenic patients living with or independent of family, II: Effects on adjustment of patients. *Am J Psychiatry* 1997;154:1514-24.
40. Falloon IRH and Associates. Family management of schizophrenia: a study of clinical, social and economic benefits. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1985.
41. Tarrier N, Barrowclough C, Vaughn C et al. The community management of schizophrenia: a controlled trial of a behavioural intervention with families to reduce relapse. *Br J Psychiatry* 1988;153:532-42.
42. McFarlane WR, Link B, Dushay R et al. Psychoeducational multiple family groups: four-year relapse outcome in schizophrenia. *Fam Proc* 1995;34:127-44.
43. McFarlane WR, Lukens E, Link B et al. Multiple-family groups and psychoeducation in the treatment of schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1995;52:679-87.
44. McFarlane WR, Dushay RA, Stastny P et al. A comparison of two levels of family-aided assertive community treatment. *Psychiatr Serv* 1996;47:744-50.
45. Hahlweg K, Durr H, Müller U. Familienbetreuung schizophrener Patienten. Weinheim: Psychologie Verlags Union, 1995.
46. Veltro F, Magliano L, Falloon IRH et al. Behavioural family therapy for patients with schizophrenia: a randomised controlled trial. Presented at the Congress of the World Association for Psychosocial Rehabilitation, Rotterdam, May 1996.
47. Falloon IRH, Marshall GN, Boyd JL et al. Relapse in schizophrenia: a review of the concept and its definitions. *Psychol Med* 1983;13:469-77.
48. Dyck DG, Hendryx MS, Short RA et al. Service use among patients with schizophrenia in psychoeducational multiple-family group treatment. *Psychiatr Serv* 2002;53:749-54.
49. Grawe RW, Widen JH, Falloon IRH. Early intervention for schizophrenic disorders: implementing optimal treatment strategies in clinical services. In: Kashima H, Falloon IRH, Mizuno M et al (eds.). *Comprehensive treatment of schizophrenia*. Tokyo: Springer-Verlag, 2002:290-7.
50. Leff J, Kuipers L, Berkowitz R et al. A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients. *Br J Psychiatry* 1982;141:121-34.
51. Randolph ET, Eth S, Glynn SM et al. Behavioural family management in schizophrenia: outcome of a clinic-based intervention. *Br J Psychiatry* 1994;164:501-6.
52. Xiong W, Phillips MR, Hu X et al. Family-based intervention for schizophrenic patients in China. A randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 1994;165:239-47.
53. Zhang M, Yan H and Co-authors. Effectiveness of psychoeducation of schizophrenic patients: a prospective cohort study in five cities of China. *Int J Ment Health* 1993;22:47-59.
54. Zhang M, Wang M, Li J et al. Randomised-control trial of family intervention for 78 first-episode male schizophrenic patients: an 18-month study in Suzhou, Jiangsu. *Br J Psychiatry* 1994;165(Suppl. 24):96-102.
55. Buchkremer G, Scultze-Moenking H, Holle R et al. The impact of therapeutic relatives' groups on the course of illness of schizophrenic patients. *Eur Psychiatry* 1995;10:17-27.
56. Linszen D, Dingemans P, van der Does JW et al. Treatment, expressed emotion and relapse in recent onset schizophrenic disorders. *Psychol Med* 1996;26:333-42.
57. Telles C, Karno M, Mintz J et al. Immigrant families coping with schizophrenia: behavioural family intervention v. case management with a low-income Spanish-speaking population. *Br J Psychiatry* 1995;167:473-9.
58. Falloon IRH, Held T, Coverdale JH et al. Family interventions of schizophrenia: a review of long-term benefits of international studies. *Psychiatr Rehab Skills* 1999;3:268-90.
59. Shepherd M, Watt D, Falloon I et al. The natural history of schizophrenia. *Psychol Med Monograph* n.16. Cambridge: Cambridge University Press, 1989.

60. Montero I, Asencio A, Hernandez I et al. Two strategies for family intervention in schizophrenia: a randomised trial in a Mediterranean environment. *Schizophr Bull* 2001;27:661-70.
61. Zastowny TR, Lehman AF, Cole RE et al. Family management of schizophrenia: a comparison of behavioral and supportive family treatment. *Psychiatr Quarterly* 1992;63:159-86.
62. Tarrier N, Lowson K, Barrowclough C. Some aspects of family interventions in schizophrenia. II: Financial considerations. *Br J Psychiatry* 1991;159:481-4.
63. Falloon IRH, McGill CW, Matthews SM et al. Family treatment for schizophrenia: the design and research application of therapist training models. *J Psychother Pract Res* 1996;5:45-56.
64. Leff J, Kuipers L, Berkowitz R et al. A controlled study of social intervention in the families of schizophrenic patients: two-year follow-up. *Br J Psychiatry* 1985;146:594-600.
65. Tarrier N, Barrowclough C, Vaughn C et al. Community management of schizophrenia. A two-year follow-up of a behavioural intervention with families. *Br J Psychiatry* 1989;154:625-8.
66. Hornung WP, Feldman R, Klingberg S et al. Long-term effects of a psychoeducational psychotherapeutic intervention for schizophrenic outpatients and their key-persons - results of a five-year follow-up. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1999;249:162-7.
67. Linszen D, Dingemans P, Lenior M. Early intervention and a five-year follow up in young adults with a short duration of untreated psychosis: ethical implications. *Schizophr Res* 2001;51:55-61.
68. Tarrier N, Barrowclough C, Porceddu K et al. The Salford family intervention project: relapse rates of schizophrenia at five and eight years. *Br J Psychiatry* 1994;165:829-32.
69. Falloon IRH and The Optimal Treatment Project Collaborators. Optimal treatment for psychosis in an International Multisite Demonstration Project. *Psychiatr Serv* 1999;50:615-8.
70. Abramowitz IA, Coursey RD. Impact of an educational support group of family participants who take care of their schizophrenic relatives. *J Consult Clin Psychol* 1989;57:232-6.
71. Birchwood M, Smith J, Cochrane R. Specific and non-specific effects of educational intervention for families living with schizophrenia: a comparison of three methods. *Br J Psychiatry* 1992;160:806-14.
72. Cazzullo CL, Bertrando P, Clerici C et al. The efficacy of an information group intervention on relatives of schizophrenics. *Int J Soc Psychiatry* 1989;35:313-23.
73. Cozolino LJ, Goldstein MJ. Family education as a component of extended family-orientated treatment programmes for schizophrenia. In: Goldstein MJ, Hand I, Hahlweg K (eds). *Treatment of schizophrenia: family assessment and intervention*. Berlin: Springer Verlag, 1986.
74. Dixon L, Stewart B, Burland J et al. Pilot study of the effectiveness of the Family-To-Family education program. *Psychiatr Serv* 2001;52:965-7.
75. Goldman CR, Quinn FL. Effects of a patient education programme in the treatment of schizophrenia. *Hosp Commun Psychiatry* 1988;39:282-6.
76. Greenberg L, Fine SB, Cohen C et al. An interdisciplinary psychoeducation program for schizophrenia patients and their families in an acute care setting. *Hosp Commun Psychiatry* 1988;39:277-81.
77. Hill D, Balk D. The effect of an education program for the families of the chronically mentally ill on stress and anxiety. *Psychosoc Rehabil J* 1987;10:25-40.
78. Ito J, Oshima I, Tsukada K et al. Family psychoeducation with schizophrenic patients and their families from the viewpoint of empowerment. In: Kashima H, Falloon IRH, Mizuno M et al (eds). *Comprehensive treatment of schizophrenia*. Tokyo: Springer-Verlag, 2002:100-6.
79. Kelly GR, Scott JE. Medication compliance and health education among outpatients with chronic mental disorders. *Med Care* 1990;28:1181-97.
80. Lebrun LJ, Lelander-Singh M, Luke A. Schizophrenia outpatient education. *Can Nurse* 1991;87:25-7.
81. Leung GM, Rastogi SC, Woods J. Relative support group of long-stay psychiatric patients. *Psychiatr Bull* 1989;13:417-9.
82. McCreadie RG, Phillips K, Harvey JA et al. The Nithsdale schizophrenia surveys VIII. Do relatives want family intervention - and does it help? *Br J Psychiatry* 1991;158:110-3.
83. Merinder LB, Viuff AG, Laugesen HD et al. Patient and relative education in community psychiatry: a randomised controlled trial regarding its effectiveness. *Social Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1999;34:287-94.
84. Michelin P, Leoni S. Educazione all'uso dei farmaci e compliance: uno studio preliminare. *Riv Riabil Psychiatr Psicosoc* 1992;1:43-6.
85. Pilsecker C. Hospital classes educate schizophrenics about their illness. *Hosp Commun Psychiatry* 1981;32:60-1.
86. Roncone R, Bolino F. Valutazione dell'intervento psicoeducazionale nelle famiglie di pazienti schizofrenici. *Riv Sper Fren* 1988;57:1214-38.
87. Seltzer A, Roncari I, Garfinkel P. Effect of patient education on medication compliance. *Can J Psychiatry* 1980;25:638-45.
88. Spiegel D, Wissler T. Using family consultation as psychiatric aftercare for schizophrenic patients. *Hosp Commun Psychiatry* 1987;38:1096-9.
89. Williams CA. Patient education for people with schizophrenia. *Perspect Psychiatr Care* 1989;25:14-21.
90. Pereira Miragal J. Aplicación de la terapia familiar y del modelo psicoeducativo en una unidad de internamiento breve. *Psiquis* 1994;15:33-7.
91. Szmukler GI, Herrman H, Colusa S et al. A controlled trial of a counselling intervention for relatives with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1996;31:149-55.
92. Solomon P, Draine J, Mannion E et al. Impact of brief family psychoeducation on self-efficacy. *Schizophr Bull* 1996;22:41-50.
93. Brooker C, Falloon I, Butterworth A et al. The outcome of training community psychiatric nurses to deliver psychosocial intervention. *Br J Psychiatry* 1994;165:222-30.
94. Brooker C, Tarrier N, Barrowclough C et al. Training community psychiatric nurses to undertake psychosocial intervention: report of a pilot study. *Br J Psychiatry* 1992;160:836-44.
95. Curran J. Social skills training and behavioural family therapy for schizophrenia: a field trial. Presented at the World Congress of Behaviour Therapy, Edinburgh, September 1988.
96. Falloon IRH, Fadden G. *Integrated mental health care*. Cambridge: Cambridge University Press, 1993.
97. Kavanagh DJ, Piatkowska O, Clark D et al. Application of a cognitive-behavioural family intervention for schizophrenia in multi-disciplinary teams: What can the matter be? *Aust Psychol* 1993;28:181-8.
98. McGorry PD, Edwards J, Mihalopoulos C et al. EPPIC: an evolving system of early detection and optimal management. *Schizophr Bull* 1996;22:305-26.
99. Whitfield W, Taylor C, Virgo N. Family care of schizophrenia. *J Roy Soc Health* 1988;1:1-4.
100. Mak KY, Wong MC, Ma LK et al. A cost-effectiveness study of a community-based family management rehabilitation programme for schizophrenic outpatients in Hong Kong: a six-month report. *Hong Kong J Psychiatry* 1997; 7:26-35.
101. Amenson CS, Liberman RP. Dissemination of educational classes for families of adults with schizophrenia. *Psychiatr Serv* 2001;52:589-92.
102. Leff J, Berkowitz R, Shavit N et al. A trial of family therapy v. a relatives group

- for schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1989; 154:58-66.
103. Montero I, Asencio AP, Ruiz I et al. Family interventions in schizophrenia: an analysis of non-adherence. *Acta Psychiatr Scand* 1999;100:136-41.
  104. Roncone R, Morosini PL, Falloon IRH et al. Family interventions in schizophrenia in Italian mental health services. In: Kashima H, Falloon IRH, Mizuno M et al (eds). *Comprehensive treatment of schizophrenia*. Tokyo: Springer-Verlag, 2002:284-9.
  105. Schooler NR, Keith SJ, Severe JB et al. Relapse and rehospitalisation during maintenance treatment of schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1997;54:453-63.
  106. Wallace CJ, Liberman RP. Social skills training for patients with schizophrenia: a controlled clinical trial. *Psychiatry Res* 1985;15:239-47.
  107. Andrews G. Talk that works: the rise of cognitive behaviour therapy. *Br Med J* 1996;313:1501-2.
  108. Clarkin JF, Carpenter D, Hull J et al. Effects of psychoeducational intervention for married patients with bipolar disorder and their spouses. *Psychiatr Serv* 1998;49:531-3.
  109. Glick ID, Clarkin JF, Haas GL et al. Clinical significance of inpatient family intervention: conclusions from a clinical trial. *Hosp Commun Psychiatry* 1993; 44:869-73.
  110. Miklowitz DJ, Goldstein MJ. Behavioral family treatment for patients with bipolar affective disorder. *Behav Modif* 1990;14:457-89.
  111. Honig A, Hofman A, Rozendaal N et al. Psycho-education in bipolar disorder: effect on expressed emotion. *Psychiatry Res* 1997;72:17-22.
  112. Miklowitz DJ, Simoneau TL, George EA et al. Family-focused treatment of bipolar disorder: one-year effects of a psychoeducational program in conjunction with pharmacotherapy. *Biol Psychiatry* 2000;48:582-92.
  113. Wang X, Wang F, Ma A et al. A controlled study of family education for bipolar disorders. *Chinese Ment Health J* 2000;14:399-401.
  114. Huxley NA, Parikh SV, Baldessarini RJ. Effectiveness of psychosocial treatments for bipolar disorder: state of the evidence. *Harv Rev Psychiatry* 2000;8: 126-40.
  115. Keitner GI, Miller IW. Family functioning and major depression: an overview. *Am J Psychiatry* 1990;147:1128-37.
  116. Beach SR, O'Leary KD. Treating depression in the context of marital discord: outcome and predictors of response of marital therapy versus cognitive therapy. *Behav Ther* 1992;23:507-28.
  117. Emanuels-Zuurveen L, Emmelkamp PM. Spouse-aided therapy with depressed patients. *Behav Modif* 1997;21:62-77.
  118. Friedman AS. Interaction of drug therapy with marital therapy in depressive patients. *Arch Gen Psychiatry* 1975; 32:619-37.
  119. Jacobson NS, Dobson K, Fruzzetti AE et al. Marital therapy as treatment for depression. *J Consult Clin Psychol* 1991; 51:547-57.
  120. Jacobson NS, Fruzzetti AE, Dobson K et al. Couple therapy as a treatment for depression: II. The effects of relationship quality and therapy on depressive relapse. *J Consult Clin Psychol* 1993; 61:516-9.
  121. Leff J, Vearnals S, Brewin CR et al. The London Depression Intervention Trial. Randomised controlled trial of antidepressants v. couple therapy in the treatment and maintenance of people with depression living with a partner: clinical outcome and costs. *Br J Psychiatry* 2000;177:95-100.
  122. Teichman Y, Bar-El Z, Shor H et al. A comparison of two modalities of cognitive therapy (individual and marital) in treating depression. *Psychiatry Interpers Biol Proc* 1995; 58:136-48.
  123. Waring EM, Chamberlaine CH, McCrank EW et al. Dysthymia: a randomised study of cognitive marital therapy and antidepressants. *Can J Psychiatry* 1988; 33:96-8.
  124. Waring EM, Chamberlaine CH, Carver CM et al. A pilot study of marital therapy as a treatment for depression. *Am J Fam Ther* 1995;23:3-10.
  125. Falloon IRH, Shanahan W, Laporta M. Prevention of major depressive episodes: early intervention with family-based stress management. *J Ment Health* 1992;1:53-60.
  126. Perry A, Tarrier N, Morriss R et al. Randomised controlled trial of efficacy of teaching patients with bipolar disorder to identify early symptoms of relapse and obtain treatment. *Br Med J* 1999; 318:149-53.
  127. Craske MG, Burton T, Barlow DH. Relationships among measures of communication, marital satisfaction and exposure during couples treatment of agoraphobia. *Behav Res Ther* 1989;27: 131-40.
  128. Daiuto AD, Baucom DH, Epstein N et al. The application of behavioral couples therapy to the assessment and treatment of agoraphobia: implications of empirical research. *Clin Psychol Rev* 1998;18:663-87.
  129. Falloon IRH, Lloyd GG, Harpin RE. The treatment of social phobia: real-life rehearsals and non-professional therapists. *J Nerv Ment Dis* 1981;169:180-4.
  130. Hafner RJ. *Marriage and mental illness*. New York: Guilford Press, 1986.
  131. Laidlaw TM, Falloon IRH, Barnfather D et al. The stress of caring for people with obsessive compulsive disorders. *Commun Ment Health J* 1999;35:443-50.
  132. Mathews AM, Gelder MG, Johnson DW. *Agoraphobia: nature and treatment*. New York: Guilford Press, 1981.
  133. Van Noppen B, Steketee G, McCorkle BH et al. Group and multifamily behavioral treatment for obsessive compulsive disorder: a pilot study. *J Anxiety Disord* 1997;11:431-6.
  134. Glynn SM, Eth S, Randolph ET et al. A test of behavioral family therapy to augment exposure for combat-related post-traumatic stress disorder. *J Consult Clin Psychol* 1999;67:243-51.
  135. Crisp AH, Norton K, Gowers S et al. A controlled study of the effect of therapies aimed at adolescent and family psychopathology in anorexia nervosa. *Br J Psychiatry* 1991;159:325-33.
  136. Dare C, Eisler I, Russell G et al. Psychological therapies for adults with anorexia nervosa: randomized controlled trial of out-patient treatments. *Br J Psychiatry* 2001;178:216-21.
  137. Robin AL, Siegel PT, Moye AW et al. A controlled comparison of family versus individual therapy for adolescents with anorexia nervosa. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999;38:1482-9.
  138. Russell GF, Szmukler GI, Dare C et al. An evaluation of family therapy in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 1987;44:1047-56.
  139. Eisler I, Dare C, Hodes M et al. Family therapy for adolescent anorexia nervosa: the results of a controlled comparison of two family interventions. *J Child Psychol Psychiatry* 2000;41:727-36.
  140. Geist R, Heinmaa M, Stephens D et al. Comparison of family therapy and family group psychoeducation in adolescents with anorexia nervosa. *Can J Psychiatry* 2000;45:173-8.
  141. Miller WR, Meyers RJ, Tonigan JS. Engaging the unmotivated in treatment for alcohol problems: a comparison of three strategies for intervention through family members. *J Consult Clin Psychol* 1999;67:688-97.
  142. Barrowclough C, Haddock G, Tarrier N et al. Randomized controlled trial of motivational interviewing, cognitive behavior therapy, and family intervention for patients with comorbid schizophrenia and substance use disorders. *Am J Psychiatry* 2001;158:1706-13.
  143. Falloon IRH, Graham-Hole V, Woodroffe R. Stress and health of informal carers of people with chronic mental disorders. *J Ment Health* 1993;2:165-73.
  144. Dixon L, McFarlane WR, Lefley H et al. Evidence-based practices for services to families of people with psychiatric disabilities. *Psychiatr Serv* 2001;52:903-10.

## ¿Tiene futuro la psicoeducación familiar?

GERARD E. HOGARTY

Department of Psychiatry,  
University of Pittsburgh Medical Center,  
3811 O'Hara Street,  
Pittsburgh, PA 15213 USA

Cuando Carol Anderson y yo mismo decidimos elaborar en 1977 un modelo que denominamos «psicoeducación familiar» (1), tres recientes e interesantes publicaciones nos habían convencido de que había llegado el momento de buscar una alternativa a la terapia familiar tradicional. Hirsch y Leff habían fracasado en su intento de demostrar que el comportamiento de los padres contribuía a la etiología de la esquizofrenia (2). Poco tiempo después, Vaughn y Leff (3) ofrecieron una confirmación sorprendente de la observación de que las actitudes de los familiares más cercanos podían dirigir la evolución de los pacientes en una dirección positiva o negativa, una idea que posteriormente se ha extendido a otras enfermedades y a otro tipo de relaciones distintas de las familiares. En la misma época conocimos el nuevo estudio de Goldstein, en el que se demostraba de manera convincente que un abordaje breve en cuatro sesiones de resolución de problemas con un enfoque distinto del tradicional para el control de la enfermedad por parte de la familia podía, en el contexto de un tratamiento medicamentoso apropiado, disminuir de manera espectacular las tasas de recidiva a corto plazo (4). Por tanto, nos animamos a desarrollar un enfoque teórico que apuntaba a la hipótesis de reducir a largo plazo la tradicionalmente elevada tasa de recidiva de la esquizofrenia con sólo disminuir la «temperatura emocional» del ambiente en el hogar, reduciendo también así las demandas sobre pacientes que podían tener una capacidad limitada de procesamiento de la información (5). Más allá de sus componentes de «control del estrés», este abordaje requería una «alianza» desacostumbrada con la familia, la enseñanza de las formas de superación del día a día y un plan progresivo de colaboración para la reintegración del paciente en la vida familiar y comunitaria. Se tuvieron en cuenta las respuestas emocionales más frecuentes de la familia frente a la esquizofrenia (negación, temor, culpa, frustración, rabia y desesperanza) además de los intentos para mejorar el de-

sempño en la comunicación y en la resolución de los problemas. Se introdujeron las estrategias de superación que podían explicar los intentos inútiles de la familia para normalizar o ignorar un comportamiento psicótico (así como las necesidades de otros miembros de la familia). El National Institute of Mental Health (NIMH) patrocinó la investigación en 1978, y en última instancia los resultados obtenidos en 103 pacientes y sus familias tratados durante 2 años superaron nuestras propias expectativas (6,7). No habíamos supuesto que tuviera lugar una iniciativa de investigación en todo el mundo como la que se desarrolló a partir de ese momento. En un intento impresionante de resumir los resultados de estas diversas investigaciones, Hogarty ha demostrado claramente que la psicoeducación familiar, cuando se combina con la medicación antipsicótica, posee una eficacia profiláctica frente a la recidiva que es al menos el doble de la obtenida con la medicación y con las medidas de apoyo.

Por tanto, ¿cuál es la razón de que (al menos en Estados Unidos) se haya ofrecido la posibilidad de psicoeducación familiar a tan pocas las familias de enfermos mentales graves (8) a pesar de que durante los 25 últimos años se ha demostrado de manera constante su eficacia? Incluso entre las pocas familias que han participado en ello, la mayor parte parece haber recibido sólo alguna charla ocasional o «biblioterapia», pero ninguno de los abordajes familiares basados en la evidencia. Dixon y cols. (8) han identificado una gran cantidad de obstáculos de tipo normativo y organizativo para la aplicación de este enfoque, como la sobrecarga de trabajo de los profesionales, los costes económicos, el escepticismo, las diferencias de tipo filosófico y la ausencia de una guía clara. Las fórmulas obtusas y posmodernas proclaman en la actualidad la necesidad de una industria multidisciplinaria constituida por organizaciones, sistemas y teóricos del aprendizaje, analistas de la toma de decisiones y científicos de la información para poder aplicar las nuevas formas de intervención terapéutica conductual (9). Sin embargo, los hechos hablan de una realidad mucho más concreta: la ausencia de una fuente de financiación dedicada a esta cuestión.

Personalmente, creo que muchas personas con cargos importantes en temas de la salud mental, que en algunas partes del

mundo han transferido las políticas de tratamientos a los «gestores» asistenciales, han sido influidos de manera adversa por una tradición de nihilismo terapéutico hacia la terapia psicossocial de la esquizofrenia. Incluso los tratamientos de menor coste económico, como el enfoque de Goldstein (4), se aplican muy raramente o quizá nunca. Sin embargo, en las manos de los administradores de la asistencia gestionada, los gastos en salud mental en forma de porcentaje del coste sanitario total han disminuido de manera espectacular durante los últimos años (10). El criterio de «necesidad médica» (un juicio de valor definido culturalmente) ha limitado el acceso de los pacientes a los tratamientos más eficaces, aunque también más caros. Por ejemplo, sólo el 10 % de los pacientes con enfermedad mental grave tiene acceso a los programas de rehabilitación psicossocial en Estados Unidos. El reembolso por las compañías de seguro sanitario, que constituye la fuente de financiación más habitual respecto al tratamiento psicossocial en Estados Unidos, está sesgado uniformemente en contra de las personas con enfermedad mental grave (11). Mechanic y McAlpine han advertido a los compradores de estos productos de coste bajo que los pacientes con enfermedades mentales graves van a ser los que, posiblemente, menos se beneficiarán de los avances efectuados en los tratamientos (11). Brevemente, parece que no es mucha la esperanza de que vayan a implantarse tratamientos psicossociales eficaces, como la psicoeducación familiar, sin que antes exista una fuente de financiación específica a nivel nacional, local o ambos. (Una vez que exista la financiación, incluso los líderes de la salud mental de mente más estrecha van a defender de manera entusiasta la psicoeducación familiar.)

Lo que no necesitamos en ese momento son más estudios de eficacia diseñados para silenciar a los escépticos. Un colega señaló en una ocasión (citando una recomendación de su madre) que «la madurez consiste en saber cuándo lo suficiente es bastante». La mayor parte de las cuestiones todavía no resueltas acerca de la psicoeducación familiar son sólo artefactos de los estudios mal diseñados. La psicoeducación familiar es una intervención de fase de estabilización, y los estudios acerca de la terapia psicossocial en la esquizofrenia (12) [o en los trastornos afectivos (13)], en los que se descarta a los pacientes con sintomatología inestable respecto al tratamiento de mantenimiento, no han podido ni podrán en el futuro demostrar ningún efecto de esta forma de tratamiento sobre la recidiva (o

sobre el ajuste, debido a que el funcionalismo deficiente suele ser la imagen especular de la recidiva). La reproducción de los resultados de los estudios de investigación ha ejercido un efecto muy escaso sobre la implantación del tratamiento. El tratamiento psicosocial que más se ha aplicado, aunque sus resultados hayan sido los menos reproducidos, es la «psicoterapia de apoyo» (14). En ausencia de una eficacia demostrada, el «apoyo» es no obstante la intervención más barata que se puede realizar, debido a que los sistemas de asistencia gestionada claramente solicitan al proveedor datos que puedan incrementar los costes. (Los nuevos medicamentos se introducen rápidamente, no debido a que sus resultados se hayan demostrado en los consumidores más representativos sino a la enorme cantidad de recursos destinados a la comercialización de los mismos).

En la actualidad, existen otras intervenciones de fase de estabilización eficaces y con orientación hacia el paciente que complementan la psicoeducación familiar (15-17). Un dato importante es que existe una gran tendencia hacia el desarrollo de estrategias de rehabilitación cognitiva que atiendan a los aspectos de incapacidad social y vocacional de los pacientes por lo demás estables a nivel sintomático y que permanecen en la fase de recuperación (18). Recientemente, nuestro grupo de investigación ha sugerido un algoritmo terapéutico que tiene una buena relación coste-efectividad y con el que se intenta la integración de esas prácticas basadas en la evidencia —centradas tanto en la familia como en el paciente— junto con los enfoques individuales y de grupo (19). La mayor parte de los pacientes y de sus familias tienen necesidades y preferencias terapéuticas claras que se pueden acomodar de manera flexible.

Lo que necesita el mundo de la psiquiatría es una defensa vehemente e influyente para la financiación pública, privada o de ambos tipos de los tratamientos psicosociales basados en la evidencia que de forma demostrable han reducido la morbilidad e incrementado el funcionalismo y la calidad de vida de los pacientes con enfermedades mentales graves. El futuro de la terapia familiar y de otras intervenciones de fase depende totalmente de ello.

## Bibliografía

1. Anderson CM, Hogarty GE, Reiss D. Family treatment of adult schizophrenic patients: a psychoeducational approach. *Schizophr Bull* 1980;6:490-505.

2. Hirsch SR, Leff JP. Abnormalities in the parents of schizophrenics. London: Oxford University Press, 1975.
3. Vaughn CE, Leff JP. The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness. *Br J Psychiatry* 1976;129:125-37.
4. Goldstein MJ, Rodnick EH, Evans JR et al. Drug and family therapy in the aftercare of acute schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1978;35:1169-77.
5. Anderson CM, Reiss DJ, Hogarty GE. Schizophrenia and the family: a practitioner's guide to psychoeducation and management. New York: Guilford Press, 1986.
6. Hogarty GE, Anderson CM, Reiss DJ et al. Family psychoeducation, social skills training and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia: I. One-year effects of a controlled study on relapse and adjustment. *Arch Gen Psychiatry* 1986;43:633-42.
7. Hogarty GE, Anderson CM, Reiss DJ et al. Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia, II: Two-year effects of a controlled study on relapse and adjustment. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48:340-7.
8. Dixon L, Lyles A, Scott J et al. Services to families of adults with schizophrenia: from treatment recommendations to dissemination. *Psychiatr Serv* 1999; 50:233-8.
9. NIMH. Dissemination and implementation research in mental health: Program announcement 02-131, 2002.
10. Buck JA, Umland B. Covering mental health and substance abuse services. *Health Affairs* 1997;16:120-6.
11. Mechanic D, McAlpine DD. Mission unfulfilled: potholes on the road to mental health parity. *Health Affairs* 1999;18:7-21.
12. Schooler NR, Keith SJ, Severe JB et al. Relapse and rehospitalization during maintenance treatment of schizophrenia—The effects of dose reduction and family treatment. *Arch Gen Psychiatry* 1997;54: 453-63.
13. Frank E, Kupfer DJ, Perel JH et al. Three-year outcomes for maintenance therapies in recurrent depression. *Arch Gen Psychiatry* 1990;47:1093-9.
14. Fenton WS. Evolving perspectives on individual psychotherapy for schizophrenia. *Schizophr Bull* 2000;26:47-72.
15. Garety PA, Fowler D, Kuipers E. Cognitive-behavioral therapy for medication-resistant symptoms. *Schizophr Bull* 2000; 26:73-86.
16. Heinszen RK, Liberman RP, Kopelowicz A. Psychosocial skills training for schizophrenia: lessons from the laboratory. *Schizophr Bull* 2000;26:21-46.
17. Hogarty GE, Kornblith SJ, Greenwald D et al. Three-year trials of personal therapy among schizophrenia patients living with or independent of family, II: Effects on adjustment of patients. *Am J Psychiatry* 1997;154:1514-24.
18. Hogarty GE, Flesher S. Practice principles of cognitive enhancement therapy. *Schizophr Bull* 1999;25:693-708.
19. Hogarty GE. Personal therapy for schizophrenia and related disorders: a guide to individualized treatment. New York: Guilford Press, 2002.

## La botella está medio llena y medio vacía

LISA DIXON

Department of Psychiatry, University of Maryland School of Medicine, VA Capitol Health Care Network MIRECC, 10 North Greene St., Baltimore, MD 21201, USA

El resumen de Falloon acerca de la eficacia y la efectividad de la terapia familiar en el tratamiento de las enfermedades mentales subraya la fuerza y el rigor de la evidencia que existe para este tipo de intervenciones, así como las importantes lagunas de nuestro conocimiento. La prevención de los episodios de psicopatología es el hallazgo más constante en los estudios realizados acerca de las intervenciones familiares en pacientes con esquizofrenia. En estudios de calidad alta, se ha observado la remisión de

la sintomatología residual, el incremento del desempeño social, diversos efectos familiares y una disminución de los costes, a pesar de que los resultados no siempre han sido constantes.

Una cuestión que todavía se sigue debatiendo es la caracterización precisa de las intervenciones de tipo familiar que permiten mejorar la evolución. En la revisión de Falloon se insiste en la importancia del «control del estrés» y en las estrategias de «reducción del estrés». En este artículo se señala de manera correcta que no se ha determinado de manera clara cuál es la combinación de componentes más «activa» para potenciar el buen resultado de estos programas. Esta falta de claridad aumenta las dificultades para combinar las intervenciones de tipo familiar con otros programas que permi-

tan optimizar los resultados. Un reto importante para la investigación futura es precisamente la eliminación de esta laguna de conocimiento, de manera que el programa terapéutico pueda ser aplicado a la mayor parte de las personas y con el menor coste económico.

En la revisión de Falloon se aborda otra cuestión: la escasez de estudios controlados acerca de las intervenciones de tipo familiar en trastornos mentales distintos de la esquizofrenia. Todos los trastornos mentales influyen en la familia, y es probable que lo contrario también sea cierto. Tiene sentido considerar que una parte de la buena práctica psiquiátrica esté constituida por la implicación de la familia en algún nivel, así como que no deberían ser necesarios los ensayos clínicos controlados acerca de la provisión de educación y de apoyo por parte de la familia. Sin embargo, la escasez de programas de intervención bien diseñados en los que se utiliza la aportación de la familia y se reconoce la sobrecarga que sufre el grupo familiar respecto a las diferentes enfermedades mentales representa de manera indudable una pérdida de oportunidad en este campo.

Una laguna adicional de nuestros conocimientos que no aparece mencionada en la revisión de Falloon es la proliferación de programas diseñados no por especialistas sino por personas sin cualificación profesional. Estos programas persiguen el objetivo de ayudar a las propias familias y no están fundamentados en el paciente. Un ejemplo de programa familiar de este tipo muy utilizado en Estados Unidos es el National Alliance for the Mentally Ill's Family to Family Education Program (FFEP). Éste es un programa estructurado de 12 semanas de duración que se realiza en la comunidad (con independencia del sistema de salud mental). Está fundamentado en un modelo de recuperación frente al traumatismo emocional. El FFEP proporciona educación acerca de las enfermedades mentales, apoyo y ayuda para la resolución de problemas, además de que facilita la negociación del sistema de tratamiento en la propia comunidad. La presencia de estos programas plantea dos problemas importantes: la falta de difusión de los programas de intervención familiares dirigidos desde la clínica, y la falta también de datos de eficacia relativos a estos programas realizados por personas sin cualificación profesional.

Los programas como el FFEP, así como otros muchos realizados por personas sin cualificación profesional, se han desarrollado a través de sistemas que

excluyen la investigación. La investigación ha sido contemplada con sospecha. Afortunadamente, esta actitud está cambiando a medida que se van aceptando con mayor frecuencia los modelos centrados en la recuperación. En dos estudios realizados recientemente acerca del FFEP, uno de ellos sin control (1) y el otro con control (2), se demuestra que el programa reduce la sobrecarga subjetiva que impone la enfermedad sobre la familia y que incrementa su capacidad de actuación. Los resultados se mantuvieron hasta 6 meses después de la finalización del programa. Se necesitan claramente más estudios de investigación para evaluar el impacto de los programas elaborados por personas sin cualificación profesional.

El resultado final es la realidad poco esperanzadora de la ausencia de terapias familiares efectivas y fundamentadas en criterios profesionales respecto a las en-

fermedades mentales. Las barreras frente a la difusión de las intervenciones de tipo familiar existen en el propio sistema, entre los clínicos, los pacientes e incluso las propias familias. Quizá uno de los objetivos más importantes que pueda tener la investigación en este momento es el de superar estas barreras y hacer que los programas de terapia familiar puedan estar disponibles para los pacientes y las familias que los necesitan

## Bibliografía

1. Dixon L, Stewart B, Burland J et al. Pilot study of the effectiveness of the Family-to-Family Education Program. *Psychiatr Serv* 2001;52:965-7.
2. Dixon L, Lucksted A, Stewart B et al. Outcomes of the NAMI Family to Family Education Program. Submitted for publication.

# Problemas en la difusión de las diferentes formas de intervención familiar en los pacientes con psicosis

CHRISTINE BARROWCLOUGH

Academic Division of Clinical Psychology,  
School of Psychiatry and Behavioural Sciences,  
Wythenshawe Hospital,  
Manchester, M23 9LT, UK

Las familias desempeñan un papel esencial en el apoyo de los pacientes que presentan enfermedades mentales crónicas y que viven en la comunidad. En el Reino Unido, más del 60 % de los pacientes que presentan un primer episodio de una enfermedad mental grave vuelven a vivir con su familia, y esta cifra sólo se reduce en un 10-20 % cuando se incluyen los pacientes que requieren hospitalizaciones posteriores (1). No obstante, el papel que desempeñan las personas que cuidan directamente a estos pacientes no es fácil y se puede asociar a un coste personal considerable. En el caso de la esquizofrenia, las estimaciones obtenidas en los distintos estudios indican que hasta las dos terceras partes de los familiares muestran un estrés significativo y una sobrecarga subjetiva a consecuencia de su actividad en la atención del paciente (2). No sólo es probable que este estrés influya en el bienestar de los familiares y pueda afectar

su capacidad de apoyar al paciente a largo plazo, sino que también puede ejercer un efecto importante sobre la evolución de la propia enfermedad y sobre los resultados alcanzados por el paciente. Por tanto, uno de los avances más importantes en el tratamiento de la esquizofrenia durante los 20 últimos años ha sido el desarrollo de los programas de intervención basados en la familia.

Tal y como se detalla en el artículo de Ian Falloon, existe en la actualidad una evidencia sólida de la eficacia de este tipo de tratamiento, de manera que en numerosos ensayos clínicos aleatorizados y controlados se ha demostrado la superioridad de la intervención de tipo familiar sobre la asistencia rutinaria en términos de recidiva de la enfermedad, de hospitalización del paciente y de otros resultados. Sin embargo, la difusión de estas formas de intervención ha tenido problemas. Según los resultados obtenidos en metanálisis recientes, sabemos en la actualidad que los programas educativos o de asesoramiento cortos ofrecidos como intervenciones de tipo familiar son insuficientes para inducir un efecto sobre los resultados de los pacientes, y que no influyen en las tasas de recidiva: «unas cuantas lecciones sobre la esquizofrenia ... no bastan para influir

de manera sustancial en la tasa de recidiva» (3). Respecto al futuro, es necesario potenciar la calidad de las intervenciones y supervisar las mismas para garantizar que a las familias se les ofrecen programas de la intensidad suficiente como para que puedan ser útiles y permitan obtener efectos beneficiosos sustanciales. Las intervenciones familiares más adecuadas requieren una inversión de tiempo considerable y conocimientos y capacidad para llevarlas a cabo, así como el compromiso por parte de los implicados. Debido a que en muchos casos el objetivo es el retraso de la recidiva, más que su prevención, muchos pacientes y sus familias requieren una intervención continuada y a largo plazo. El trabajo efectuado con los familiares de pacientes a los que se les ha diagnosticado recientemente una esquizofrenia indica que esa ayuda se debe prestar desde el primer momento en el que se manifiesta la psicosis (4).

Tal como señala Ian Falloon, durante los últimos años, una de las dificultades principales ha sido la difusión de los efectos beneficiosos de la intervención familiar sobre la esquizofrenia en el sistema sanitario. En el Reino Unido, esta difusión se ha realizado principalmente a través de programas de formación dirigidos hacia los clínicos, principalmente profesionales comunitarios de enfermería psiquiátrica, para que adquieran el conocimiento y la formación necesarios para introducir la terapia de familia (véase la cita bibliográfica 5 para una revisión acerca de los programas de difusión). A pesar de la evidencia sólida respecto a la eficacia de los programas de tratamiento psicológico fundamentados en la familia en lo que se refiere a la esquizofrenia, y a pesar también del esfuerzo efectuado con los programas de formación, la implantación de las terapias de familia en los servicios habituales de salud mental en el Reino Unido ha sido como mucho esporádica. El consenso existente en la bibliografía especializada es el de que la puesta en práctica de la intervención familiar se enfrenta a dificultades organizativas y de actitud complejas (véase, p. ej., la cita bibliográfica 6), y que se ha prestado una atención insuficiente a los programas de difusión de la misma. Al exponer los factores que pueden dificultar el paso de la investigación a la práctica clínica, Mari y Streiner (7) han sugerido que los requisitos de las intervenciones orientadas hacia un servicio a largo plazo pueden ser diferentes de los que precisan los modelos de investigación con limitación en el tiempo.

Se ha efectuado un ensayo clínico de tipo pragmático, aleatorizado y controlado en un intento de demostrar la efectividad de las intervenciones de tipo familiar en contextos psiquiátricos convencionales que tienen en cuenta estas

diferencias (8). La intervención familiar estuvo fundamentada en la evaluación formal de las necesidades de las personas que atienden directamente a los pacientes, y el programa fue llevado a cabo por un psicólogo clínico junto con las personas que atendían directamente a los pacientes; es decir, la formación se realizó *in situ*. El hecho de que se demostrara que las intervenciones habían sido efectivas en la disminución de las necesidades de las personas que atienden directamente a los pacientes y en la reducción también de la tasa de recidiva de los pacientes al cabo de los 12 meses de tratamiento (9) indica que el desarrollo de modelos de difusión fundamentados en el propio servicio tiene ventajas. En el trabajo de Corrigan y cols. (10-12) se insiste en la necesidad de modificar el enfoque clínico de todo el servicio, más que invertir en la formación individual (10-12). Sin embargo, las dificultades no sólo tienen que ver con los profesionales sino también con el rechazo de los familiares que cuidan a los pacientes a participar en las intervenciones de familia. En varios estudios sobre grupos comunitarios (p.ej., citas bibliográficas 8 y 13), se ha demostrado que la participación en la propia intervención familiar de las personas que atienden directamente a los pacientes es relativamente baja, y que sólo aproximadamente el 50 % de estas personas aceptan el servicio de apoyo o la intervención familiar (8), aunque posiblemente este porcentaje sea mayor cuando la ayuda se ofrece en una situación de crisis.

En términos de futuro, los aspectos de la difusión de los programas de terapia familiar y de compromiso por parte de las personas que atienden de manera principal a los pacientes deben ser abordados con mayor detalle; además, la aplicación de los programas de tipo familiar en el contexto del servicio se enfrenta a numerosas dificultades. Se precisan nuevos estudios para identificar las técnicas óptimas que permitan modificar las actitudes familiares en aquellos problemas que son especialmente complejos, como la esquizofrenia y el abuso de sustancias. Hasta el momento, el componente familiar en este tipo de terapia sólo ha sido evaluado en un ensayo clínico reciente (14).

## Bibliografía

- Gibbons JS, Horn SH, Powell JM et al. Schizophrenia patients and their families. A survey in a psychiatric service based on a district general hospital. *Br J Psychiatry* 1984;144:70-7.
- Barrowclough C, Tarrier N, Johnston M. Distress, expressed emotion and attributions in relatives of schizophrenic

patients. *Schizophr Bull* 1996;22:691-701.

- Pitschel-Waltz G, Leucht S, Bauml J et al. The effect of family interventions on relapse and rehospitalisation in schizophrenia - a meta-analysis. *Schizophr Bull* 2001;27:73-92.
- Kuipers E, Raune D. The early development of expressed emotion and burden in the families of first-onset psychosis. In: Birchwood M, Fowler D, Jackson C (eds). *Early intervention in psychosis: a guide to concepts, evidence and interventions*. Chichester: Wiley, 2000:128-40.
- Tarrier N, Barrowclough C, Haddock G et al. The dissemination of innovative cognitive-behavioural psychosocial treatments for schizophrenia. *J Ment Health* 1999;8:569-82.
- Hughes I, Hailwood R, Abbati-Yeoman J et al. Developing a family intervention service for serious mental illness: clinical observations and experiences. *J Ment Health* 1996;5:145-59.
- Mari JJ, Streiner DL. An overview of family interventions and relapse in schizophrenia: meta-analysis of research findings. *Psychol Med* 1994;24:565-78.
- Barrowclough C, Tarrier N, Lewis S et al. Randomised controlled effectiveness trial of a needs-based psychosocial intervention service for carers of people with schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1999; 174:505-11.
- Sellwood W, Barrowclough C, Tarrier N et al. Needs based cognitive behavioural family intervention for carers of patients suffering from schizophrenia: 12 month follow up. *Acta Psychiatr Scand* 2001; 104:346-55.
- Corrigan VA, McCracken SG. Psychiatric rehabilitation and staff development: educational and organisational models. *Clin Psychol Rev* 1995;15:699-719.
- Corrigan VA, McCracken SG. Refocussing the training of psychiatric rehabilitation staff. *Psychiatr Serv* 1995; 46:1172-7.
- Corrigan VA, McCracken SG, Edwards M et al. Collegial support and barriers to behavioural programs for severely mentally ill. *J Behav Ther Exper Psychiatry* 1997;28:193-202.
- Barrowclough C, Haddock G, Tarrier N et al. Randomised controlled trial of cognitive behavioral therapy plus motivational intervention for schizophrenia and substance use. *Am J Psychiatry* 2001; 158:1706-13.
- McCreadie RG, Phillips K, Harvey JA et al. The Nithsdale schizophrenia surveys. VIII. Do relatives want family intervention - and does it help? *Br J Psychiatry* 1991;158:110-3.

# Posibilidades de un mayor refinamiento de las intervenciones de tipo familiar en la esquizofrenia

GEORG WIEDEMANN

Department of Psychiatry and Psychotherapy,  
University of Tuebingen,  
Osianderstrasse 24, D-72076 Tuebingen, Germany

Aunque la medicación es vital en los pacientes con esquizofrenia, sólo es una parte del régimen terapéutico. El tratamiento de los pacientes que presentan esquizofrenia requiere un abordaje multidisciplinario coordinado. Con el consentimiento de los pacientes, las familias y las personas que los atienden de manera directa deben estar implicadas desde el principio. En la fase aguda, un profesional con experiencia debe informar a los pacientes, a las familias y a las personas que atienden directamente a los pacientes sobre la enfermedad, su etiología, evolución, tratamiento y opciones asistenciales. Tras la evaluación y durante la fase de transición hasta una situación estable, la intervención familiar es necesaria en la mayor parte de los casos. Estas formas de intervención son la psicoeducación, el análisis de las relaciones y del funcionalismo familiar, y una serie de sesiones especiales para abordar los problemas de la familia. En el conjunto de los tratamientos psicológicos, las intervenciones de tipo familiar han demostrado ser el mejor medio para influir en la evolución de los pacientes con esquizofrenia. Las intervenciones familiares potencian de manera clara los efectos conseguidos con la farmacoterapia, dando lugar a una disminución de los casos de recidiva, mejorando la sintomatología y potenciando el funcionalismo social y laboral. La reducción característica del riesgo de recidiva o de necesidad de rehospitalización es de aproximadamente el 20 al 30 % a lo largo de un período de 2 años. Los estudios de investigación también han indicado que las intervenciones de tipo familiar mejoran la calidad de las propias relaciones familiares.

A pesar de estos avances, existen varios aspectos críticos que en la actualidad representan temas de gran controversia en Alemania. A continuación voy a presentar algunos de ellos.

¿Cuáles son los componentes activos de las intervenciones de tipo familiar?

La terapia familiar puede actuar mediante la reducción de la crítica y la hos-

tilidad (emoción expresada [EE]) por parte de los familiares de los pacientes con esquizofrenia [1]. Sin embargo, ¿es la reducción del comportamiento intenso de EE realmente el proceso clave al que se debe llegar? ¿Es realmente la disminución del comportamiento intenso de EE lo que da lugar a una disminución en las tasas de recidiva de la esquizofrenia? ¿Podría ser que la sola mejora del conocimiento acerca de la enfermedad y de su tratamiento sea un factor suficiente para conseguir que la propia enfermedad tenga una evolución mejor? ¿Podría ser que un cierto alivio respecto a la sobrecarga de tipo asistencial que sufren los familiares sea la causa de la mejora de la evolución?

A pesar de que existe una correlación clara entre el comportamiento intenso de EE y la recidiva, esta correlación no está fundamentada en posibles relaciones de tipo causal. Por ejemplo, en el estudio efectuado por King y cols. [2] a lo largo de 18 meses, el comportamiento intenso de EE no dio lugar a la aparición de síntomas psicopatológicos en los pacientes. En el estudio Treatment Strategies in Schizophrenia [3], la comunicación adicional y la formación en técnicas de resolución de problemas (terapia familiar aplicada) no dio lugar a una disminución de las tasas de recidiva en comparación con la terapia familiar de apoyo realizada únicamente mediante seminarios de tipo psicoeducativo con reuniones regulares de múltiples componentes de la familia. Por tanto, este estudio se ha planteado dudas acerca de la relación que pueda existir entre la capacidad de comunicación de la familia y la recidiva de los síntomas. Bellack y cols. [4] han abordado de manera más específica el problema de si la terapia familiar aplicada da lugar a un efecto mejor sobre la comunicación familiar en comparación con la terapia familiar de apoyo. Estos investigadores evaluaron de manera directa la capacidad de comunicación familiar mediante la filmación en vídeo de sus tareas de resolución de problemas. Observaron una capacidad de comunicación comparable en ambos grupos de terapia familiar. Así, la capacidad de comunicación familiar no influyó en la evolución de la enfermedad. Teniendo en cuenta estos resultados contradictorios, los efectos de la terapia familiar no parecen tener lugar a través de la disminución del comporta-

miento de EE. Esta afirmación contradice uno de los supuestos básicos de la bibliografía referida a la terapia familiar.

Por tanto, todavía se necesitan los estudios de investigación con combinación de los resultados y el proceso.

¿Son útiles las intervenciones de tipo familiar para reducir el nivel de medicación necesario para prevenir las recidivas?

Falloon menciona nuestro estudio realizado en Alemania sobre este tema [5]. En este estudio, se compararon dos abordajes farmacológicos alternativos de mantenimiento (la dosis convencional frente al tratamiento neuroléptico dirigido), ambos combinados con la intervención familiar. En el tratamiento dirigido, la dosis de la medicación se va disminuyendo gradualmente; cuando se observa un deterioro clínico, por ejemplo, por aparición de signos prodrómicos, se vuelve a aumentar la dosis de la medicación. A los 18 meses, se observó una tasa de recidiva significativamente mayor en los pacientes que habían sido asignados de manera aleatoria al grupo de tratamiento farmacológico dirigido, en comparación con los asignados al grupo de tratamiento con dosis convencional (35 frente a 4 %). Este estudio no fue diseñado para evaluar el efecto de la terapia familiar sobre la tasa de recidiva; por tanto, este aspecto es exclusivamente descriptivo. Sin embargo, la tasa de recidiva del 4 % al cabo de 18 meses del tratamiento mediante terapia familiar en combinación con neurolépticos a dosis convencionales indica la eficacia de carácter transcultural que tiene este abordaje psicosocial y coincide con los resultados obtenidos por Falloon y cols. [6,7]: 6 % a los 9 meses; 17 % a los 24 meses. Estos resultados también resultan favorables en la comparación con los obtenidos en otros estudios efectuados mediante intervención familiar, por ejemplo, los de Hogarty y cols. [8,9]: 19 % al cabo de 1 año; 29 % a los 24 meses.

Las tasas de recidiva obtenidas con la intervención familiar combinada con el tratamiento dirigido fueron inferiores a las que se observan con la asistencia habitual y con las detectadas en otros grupos de tratamiento (p.ej., los grupos de comparación en los estudios de terapia familiar en los que no se realizó la intervención familiar). No obstante, la intervención familiar en este estudio no compensó los riesgos de la administración intermitente del tratamiento. Así, la farmacoterapia de mantenimiento continúa y con dosis baja representa aparen-

temente el abordaje terapéutico farmacológico con neurolépticos más favorable para la prevención de la recidiva, incluso en pacientes en los que se está efectuando además una intervención de tipo psicoeducativo familiar continua.

### ¿Son útiles las intervenciones de tipo familiar para prevenir la esquizofrenia en la fase prodrómica inicial?

El diagnóstico de la esquizofrenia en la fase prodrómica inicial antes de que tenga lugar el primer episodio psicótico permitiría la oportunidad de aplicar opciones terapéuticas para la prevención de la esquizofrenia en sí misma. Éste representaría el tratamiento de elección, dados el sufrimiento y la sobrecarga que sufren tanto los pacientes como sus familiares. En Alemania, se ha efectuado un primer estudio en el que se ha demostrado que es posible una estrategia de detección temprana mediante la identificación de alteraciones, como las interferencias del pensamiento, las distorsiones visuales, las dificultades del lenguaje receptivo [10]. Los sistemas de detección precoz se han implantado en varios países, como Australia, Noruega, Estados Unidos, Inglaterra, Finlandia y Alemania. Las intervenciones de tipo familiar son una de las opciones terapéuticas de elección, especialmente en estas etapas tempranas en las que los pacientes a menudo no se consideran como tales, al margen de la esquizofrenia. Todavía no se ha demostrado si las intervenciones de tipo familiar son útiles para prevenir la enfermedad y disminuir los problemas que aparecen durante la fase prodrómica inicial.

### Bibliografía

1. Wiedemann G, Rayki O, Feinstein E et al. The Family Questionnaire: development and validation of a new self-report scale for assessing expressed emotion. *Psychiatry Res* 2002;109:265-79.
2. King S. Is expressed emotion cause or effect in the mothers of schizophrenic young adults? *Schizophr Res* 2000;45:65-78.
3. Schooler NR, Keith SJ, Severe JB et al. Relapse and rehospitalization during maintenance treatment of schizophrenia: the effects of dose reduction and family treatment. *Arch Gen Psychiatry* 1997;54:453-63.
4. Bellack AS, Haas GL, Schooler NR et al. Effects of behavioural family management on family communication and patient outcomes in schizophrenia. *Br J Psychiatry* 2000;177:434-9.
5. Wiedemann G, Hahlweg K, Müller U et al. Effectiveness of targeted intervention and maintenance pharmacotherapy in conjunction with family intervention in schizophrenia. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2001;251:72-84.
6. Falloon IRH, Boyd JL, McGill CW et al. Family management in the prevention of exacerbations of schizophrenia: a controlled study. *N Engl J Med* 1982;306:1437-40.
7. Falloon IRH, Boyd JL, McGill CW et al. Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia: clinical outcome of a two-year longitudinal study. *Arch Gen Psychiatry* 1985;42:887-96.
8. Hogarty GE, Anderson CM. Medication, family psychoeducation, and social skills training: first year relapse results of a controlled study. *Psychopharmacol Bull* 1986;22:860-2.
9. Hogarty GE, Anderson CM, Reiss DJ et al. Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia. II. Two-year effects of a controlled study on relapse and adjustment. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48:340-7.
10. Klosterkötter J, Hellmich M, Steinmeyer EM et al. Diagnosing schizophrenia in the initial prodromal phase. *Arch Gen Psychiatry* 2001;58:158-64.

## Intervenciones de tipo familiar en pacientes con enfermedades mentales graves: aplicación de los resultados de la investigación a la práctica asistencial

STEVEN R. LOPEZ<sup>1</sup>,  
ALEX KOPELOWICZ<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Department of Psychology and Psychiatry, University of California, Los Angeles, USA

<sup>2</sup>Department of Psychiatry and Biobehavioral Sciences, UCLA School of Medicine, Los Angeles, USA

En su artículo, Ian Falloon efectúa una revisión de la bibliografía de investigación y concluye señalando que la psicoeducación familiar es una práctica asistencial basada en la evidencia que reduce las tasas de recidiva y que facilita la recuperación de los pacientes que presentan enfermedades mentales graves. Se ha desarrollado un grupo básico de características que deben presentar los programas efectivos de psicoeducación familiar, incluyendo la provisión de apoyo emocional, la educación, el uso de los recursos adecuados durante los periodos de crisis y la formación en técnicas de resolución de problemas. Sin embargo, Falloon y otros investigadores (1,2) han señalado que, a pesar de su eficacia, el uso de las intervenciones de tipo familiar basadas en la evidencia es extremadamente limitado en la práctica asistencial convencional. El paso siguiente obvio es el de determinar cómo se pueden integrar estas formas de intervención en los sistemas asistenciales existentes.

Gran parte de la bibliografía profesional referida a las barreras que existen

frente a la difusión de los tratamientos basados en la evidencia se ha centrado en la existencia de obstáculos prácticos y sistémicos, relacionados con las actitudes y basados en el conocimiento en cuanto a la implantación de dichos tratamientos (3). La suposición implícita de esta perspectiva es que los estamentos políticos que toman decisiones acerca de los programas de salud mental no tienen en cuenta el valor de los tratamientos basados en la evidencia, y que es necesario que sea reconocido este error a través de la provisión de medidas formativas, de asistencia técnica y de supervisión progresiva de los profesionales que trabajan en este ámbito. Aunque son claramente necesarios los esfuerzos para la difusión de estos tratamientos, la evidencia y la formación por sí mismas generalmente no modifican los sistemas de provisión de los servicios (4). Bajo nuestro punto de vista, el componente clave que es pasado por alto en muchas de las iniciativas de difusión es la falta de información a los administradores, responsables de la provisión del servicio, pacientes, familiares y profesionales de la política sanitaria para que puedan identificar los pasos necesarios, de manera que los resultados de la investigación se puedan aplicar a la práctica clínica en contextos concretos. La provisión de esta información significa el establecimiento de un diálogo con una amplia gama de partes implicadas acerca de la mejor forma de aplicar las estrategias basadas en la inves-

tigación. Este diálogo requiere prestar atención a los parámetros del contexto local, al menos con una intensidad similar a la que se presta al protocolo terapéutico en sí mismo. La colaboración a largo plazo entre los responsables de la provisión del servicio y los investigadores puede dar lugar al establecimiento de una confianza que pueda facilitar la realización de modificaciones en los servicios (5). La documentación y definición de los pasos necesarios para establecer relaciones con las partes implicadas de manera que pueda ser factible la implantación de los tratamientos con validación empírica también puede ser útil para otras partes implicadas que quieran seguir esta línea.

Una parte importante del contexto local es el ámbito social y cultural al que pertenecen las familias que solicitan el tratamiento. Así, la evidencia disponible indica que las intervenciones de tipo familiar han tenido buenos resultados en una amplia gama de contextos culturales en todo el mundo. Sin embargo, se ha prestado poca atención a la forma con la que una intervención dada se adapta al contexto cultural específico, si es que llega a adaptarse al mismo. Lefley y Johnson (6) han estudiado esta limitación en su revisión reciente de las formas de utilización de las intervenciones de tipo familiar en distintas zonas del mundo. Esta iniciativa indica la manera en que los investigadores clínicos y los propios clínicos han informado a su propio contexto sociocultural respecto a la adaptación de las formas de intervención existentes, así como al contexto sociocultural concreto de las familias con las que trabajan. Los esfuerzos para integrar de manera sistemática los contextos social y cultural y la evaluación de su efectividad son esenciales. En concreto, sería muy importante registrar la manera en que se ha modificado la intervención en el contexto concreto, y si la modificación se ha relacionado con resultados clínicos, sociales o familiares específicos (7). Los esfuerzos sistemáticos para integrar el contexto sociocultural pueden mejorar la efectividad de los tratamientos existentes en las familias pertenecientes a contextos socioculturales diversos y también pueden contribuir a su aceptación y aplicación.

Un ejemplo de la importancia del contexto sociocultural es la observación de que los niveles elevados de atención familiar en las familias inmigrantes procedentes principalmente de Méjico están relacionados con una tasa menor de recidiva (8; véanse también las referencias bibliográficas 9 y 10 respecto a los hallazgos similares observados en otros grupos de población). El hecho curioso

en relación con estos hallazgos es que en la mayor parte de los estudios realizados sobre la expresión de las emociones por parte de las familias no se han obtenido resultados respecto al grado de atención o de aspectos positivos, dos índices de la emoción expresada. Tal como señala Falloon, en las fases tempranas de esta línea de estudio, los investigadores eligieron el análisis de los factores predictivos de la recidiva más que de los factores protectores frente a la recidiva. Debido a ello, no supimos qué aspectos de lo que hacen las familias se asocian a una evolución mejor de los pacientes que presentan una enfermedad mental. La consideración de grupos de pacientes de contextos culturalmente distintos y la disposición a la aplicación de factores alternativos (como el cariño) en la evolución de la enfermedad indican que se debe ampliar el paradigma principal de investigación centrado en la negatividad de la aportación familiar. La repercusión de estos hallazgos en el tratamiento es que la potenciación del funcionalismo familiar prosocial puede ser útil para equilibrar el énfasis terapéutico actual sobre el tratamiento y la reducción del estrés.

Si consideramos cuál puede ser la mejor manera de introducir las intervenciones de tipo familiar efectivas en la práctica clínica habitual, es muy importante que los científicos clínicos estén abiertos a la perspectiva que puedan tener otras partes implicadas en ello. El riesgo de la introducción de un diálogo con las partes implicadas y con perspectivas diferentes es que las intervenciones familiares que puedan ser el resultado de estos diálogos difieran de las evaluadas en contextos controlados. Por otra parte, el riesgo de no hacerlo es que las intervenciones basadas en la evidencia no sean utilizadas en la práctica clínica.

## Intervenciones de tipo familiar y capacitación de las familias como un enfoque para potenciar los recursos de salud mental en los países en vías de desarrollo

R. SRINIVASA MURTHY

National Institute of Mental Health and Neurosciences, Bangalore 560029, India

En muchos de los países en vías de desarrollo, desde hace más de 50 años se

## Bibliografía

1. Dixon L, Lyles A, Scott J et al. Services to families of adults with schizophrenia: from treatment recommendations to dissemination. *Psychiatr Serv* 1999;50:233-8.
2. Dixon L, McFarlane WR, Lefley H et al. Evidence-based practices for services to families of people with psychiatric disabilities. *Psychiatr Serv* 2001;52:903-10.
3. Goldman HH, Ganju V, Drake RE et al. Policy implications for implementing evidence-based practices. *Psychiatr Serv* 2001;52:1591-7.
4. Torrey WC, Drake RE, Dixon L et al. Implementing evidence-based practices for persons with severe mental illnesses. *Psychiatr Serv* 2001;52:45-50.
5. Drake RE, Goldman HH, Leff HS et al. Implementing evidence-based practices in routine mental health service settings. *Psychiatr Serv* 2001;52:179-82.
6. Lefley HP, Johnson DL (eds). *Family interventions in mental illness: international perspectives*. London: Praeger, 2002.
7. Lopez SR, Kopelowicz A, Cañive J. Strategies in developing culturally congruent family interventions for schizophrenia: the case of Hispanics. In: Lefley HP, Johnson DL (eds). *Family interventions in mental illness: international perspectives*. London: Praeger, 2002: 61-92.
8. Lopez SR, Nelson KA, Polo AJ et al. Ethnicity, expressed emotion, attributions and course of schizophrenia: family warmth matters. Submitted for publication.
9. Bertrando P, Beltz J, Bressi C et al.. Expressed emotion and schizophrenia in Italy: a study of an urban population. *Br J Psychiatry* 1992;161:223-9.
10. Ivanovic M, Vuletic Z, Bebbington P. Expressed emotion in the families of patients with schizophrenia and its influence on the course of illness. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1994; 29:61-5.

ha implicado a las familias en el tratamiento de los pacientes con enfermedades mentales. Esta implicación tuvo lugar incluso en una época en la que en el resto del mundo se consideraba que las familias eran una causa de las enfermedades mentales (1-4).

Uno de los primeros estudios comunitarios efectuados en un país en vías de desarrollo fue el realizado en Chandigarh, India, bajo la coordinación de N. Wig (5). Este estudio tuvo el objetivo de «intentar solucionar las necesidades de un grupo de pacientes con esquizofrenia crónica atendidos en la comunidad». El ámbito en el que se desarrolló el estudio fue la Modocate Clinic y el equipo asistencial estuvo constituido por un profesional de enfermería psiquiátrica, un asistente social psiquiátrico y dos psiquiatras. En este estudio, 30 de los pacientes con esquizofrenia crónica atendidos en la clínica fueron evaluados con detalle respecto a su sintomatología y a su funcionalismo social. Se hicieron todos los esfuerzos necesarios para proporcionar la ayuda requerida por los pacientes y sus familias. Las intervenciones consistieron en visitas regulares a los pacientes, asesoramiento a las familias, orientación conyugal, contacto con agencias de bienestar social y provisión de información acerca de la enfermedad. Todas las familias fueron visitadas de manera periódica en su hogar. Estas visitas al hogar representaron una fuente de apoyo a las familias. Las visitas se utilizaron para compartir los conocimientos de tipo asistencial con los miembros de las familias.

Durante este período, se inició otro estudio importante en el National Institute of Mental Health and Neurosciences (NIMHANS), Bangalore, coordinado por Pai y Kapur (6-10). En este estudio se realizó la comparación de dos grupos similares de pacientes esquizofrénicos (cada uno de ellos con 27 participantes) en los que se aplicaron dos modalidades terapéuticas, es decir, la hospitalización y el tratamiento en el hogar mediante un profesional de enfermería, respecto a los resultados obtenidos acerca de la sintomatología, de la disfunción social, de la sobrecarga de la familia, del coste del tratamiento y de los resultados al cabo de 6 meses. El grupo de pacientes hospitalizados fue ingresado en las salas de psiquiatría y tratado de manera convencional (la duración media de la hospitalización fue de 6 semanas). El grupo de pacientes atendido en su hogar permaneció en su casa. Un profesional de enfermería con formación específica en el seguimiento de los pacientes y en el asesoramiento de los familiares acudió de manera regular al hogar de estos pacientes con el objetivo de realizar la evaluación y el tratamiento de los mismos. La frecuencia de las visitas estuvo determinada por la gravedad de la enfermedad y por el nivel de ansiedad expresado por la familia. Los dos grupos «fueron comparables, y las diferencias observadas en los resultados se pudieron atribuir con seguridad a las diferencias existentes entre los dos sistemas de enfo-

que asistencial». El tratamiento en el hogar controlado por un profesional de enfermería permitió obtener resultados clínicos y de funcionalismo social mejores, y redujo en gran medida la sobrecarga percibida por las familias. Esta modalidad terapéutica también fue más económica.

En este grupo de pacientes se efectuó un estudio de seguimiento al cabo de 2 años. Fue posible establecer contacto con 37 de los 54 pacientes. Se observó que los pacientes del grupo atendido en su hogar habían mantenido una situación clínica significativamente mejor que los controles y habían necesitado un número menor de hospitalizaciones (9). Sin embargo, en términos de disfunción social y de sobrecarga de las familias, la asistencia en el hogar fue mejor.

En un estudio posterior, el objetivo de la asistencia familiar controlada por profesionales de enfermería fue los pacientes con un diagnóstico de esquizofrenia crónica (11). Se formaron dos grupos que recibieron asistencia ambulatoria convencional o asistencia familiar en su hogar, respectivamente. En cada grupo participaron 32 pacientes y la duración del seguimiento fue de 2 años. En la evaluación realizada a los 2 años se demostró que los pacientes del grupo de asistencia en su hogar presentaban una situación clínica mejor, así como también un nivel mejor de funcionalismo social, pero las diferencias no fueron estadísticamente significativas. Sólo dos de los pacientes atendidos en su casa fueron hospitalizados a lo largo del período de seguimiento de 2 años, en comparación con ocho de los pacientes que recibieron asistencia ambulatoria convencional. Los autores concluyeron que un servicio de asistencia en el hogar parece ofrecer una alternativa viable de seguimiento asistencial en los pacientes con enfermedades mentales crónicas. Además, en estos pacientes puede ser posible la prevención de las hospitalizaciones repetidas y una mayor probabilidad de ajuste a largo plazo en su propia comunidad.

Durante los últimos años del decenio de 1980, y como parte del estudio de carácter cooperativo patrocinado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre «Determinants of outcome of severe mental disorders», se llevó a cabo un subestudio centrado en los aspectos interculturales específicos de las emociones expresadas (EE). El centro Chandigarh estaba bajo la dirección de N. Wig. En este estudio de comparación se realizó la evaluación de las EE y de su relación con los resultados en dos grupos de familiares de pacientes con esquizofrenia residentes en Aarhus (Dinamarca) y en Chandigarh (India). La formación de los investigadores de ambas localizaciones fue satisfactoria y se observó que la valoración de los

comentarios críticos se podía traducir satisfactoriamente del inglés al hindi (12,13). El grupo de pacientes de Dinamarca estuvo formado por 28 personas, y el grupo de India por 78 pacientes procedentes de áreas urbanas y rurales.

El 56 % de los familiares de los pacientes de Chandigarh no realizó ningún tipo de comentario crítico, en comparación con el 29 % de los familiares de los pacientes de Aarhus y con el 28 % de los familiares de los pacientes británicos. Aunque el 16 % de los familiares de los pacientes británicos realizó 15 o más comentarios críticos, ninguno de los familiares de los pacientes de Chandigarh efectuó más de 14 de estos comentarios. El número medio de comentarios críticos realizados por los familiares de los pacientes de India que vivían en zonas urbanas fue de 2,42, en comparación con sólo 0,58 comentarios críticos efectuados por los familiares de los pacientes de India que vivían en zonas rurales, y en comparación también con 8,4 comentarios críticos efectuados por los familiares de los pacientes británicos. En el grupo de pacientes de India, el cariño por el paciente tenía probabilidades de asociarse tanto con un nivel elevado de crítica como con un nivel bajo de crítica, mientras que en los grupos de familiares de pacientes británicos y daneses el cariño se acompañaba con mayor probabilidad de un nivel bajo de crítica. La proporción de familias clasificadas con un nivel de EE alto fue del 54 % en los grupos de familiares de pacientes británicos y daneses, en comparación con el 30 y el 8 % en las familias de pacientes de India procedentes de los ámbitos urbano y rural, respectivamente. Los autores concluyeron que: «el punto de comienzo para muchos estudios podría ser la gran diferencia en la distribución de los componentes de EE que existen entre los familiares de los pacientes de las zonas urbanas y los de las rurales. La información obtenida en este sentido podría contribuir a la aplicación de iniciativas terapéuticas con el objeto de modificar el ambiente emocional en los hogares en los que las EE tienen un nivel alto».

En un estudio posterior, Leff y cols. (14,15) realizaron el seguimiento del 86 % del grupo anterior de pacientes hasta el final del un período de 2 años. Al contrario de los hallazgos obtenidos al cabo de 1 año, el índice global de EE en la entrevista inicial no fue un factor predictivo de la recidiva de la esquizofrenia a lo largo de los 2 años siguientes. Sin embargo, se observó una asociación significativa entre la positividad inicial y la recidiva subsiguiente.

A la vista de la asociación que existe entre el nivel elevado de EE y la actitud de la familia respecto a la evolución y los resultados obtenidos con la esquizofre-

nia, y teniendo en cuenta los mejores resultados que se consiguen con la esquizofrenia en India (así como en otros países en vías de desarrollo), la imposibilidad de realización del seguimiento representa un problema importante. Éste es un aspecto que debe ser considerado de manera urgente por los profesionales.

Durante los últimos años, diversos investigadores han estudiado con mayor detalle la vida familiar de las personas que padecen una esquizofrenia y los factores relacionados con la asistencia familiar. Estos estudios han proporcionado nueva información y se planteado posibles líneas futuras de investigación.

Sharma et al (16) realizaron la comparación de 78 pacientes con esquizofrenia que vivían en el medio comunitario en Liverpool, Reino Unido, y 60 pacientes procedentes de las áreas rurales próximas a Bangalore, India. En Liverpool, sólo el 20 % de los pacientes estaba casado, en comparación con el 90 % de los pacientes de Bangalore. Menos de la mitad de los pacientes vivía con su familia en el caso de los pacientes de Liverpool, mientras que todos los pacientes de Bangalore, excepto uno, vivían con su familia. En Liverpool sólo unos pocos pacientes tenían trabajo. El tratamiento mediante hospitalización fue frecuente en Liverpool, mientras que fue infrecuente en Bangalore. El 22 % de los pacientes de Liverpool presentaba drogadicción, en comparación con el 2 % de los pacientes de Bangalore. Los autores concluyeron que «los pacientes de Bangalore presentaban una integración social mayor que los pacientes de Liverpool, que mostraban marginación social».

El movimiento para el desarrollo de programas de implicación familiar se desarrolló en India a lo largo del decenio de 1990. Estos programas incluían educación familiar, intervención familiar, formación de grupos de autoayuda y provisión de apoyo a las familias para que participaran en la asistencia de los pacientes (17).

Hasta el momento, el objetivo de las intervenciones familiares ha sido el establecimiento de una relación con el equipo asistencial fundamentada en el conocimiento y en la actitud empática, y centrada en la capacidad del equipo asistencial para ayudar a las familias a identificar los recursos comunitarios, y a realizar intervenciones que faciliten el cumplimiento de la medicación por parte de los pacientes y la identificación temprana de la recidiva, así como la resolución rápida de las crisis. Se guía a las familias para que puedan reducir la incapacidad social y personal, se las ayuda a modificar sus expectativas y a disminuir la intensidad de las emociones en el ambiente del hogar, se las ayuda a mejorar el funcionalismo laboral de los pacientes, se presta apoyo emocional a las personas que atienden di-

rectamente a los pacientes y se contribuye al desarrollo de los grupos de autoayuda que proporcionan un soporte mutuo entre las propias familias.

La necesidad de que las familias adopten este importante papel se produce a tres niveles. En primer lugar, las familias necesitan la ayuda de los profesionales para conocer la manera de realizar la asistencia y para prestar su ayuda durante las crisis, y también necesitan apoyo emocional para sus propias necesidades y para mantener la cohesión de la familia. En segundo lugar, el gobierno debería apoyar económicamente a las familias para compensar la responsabilidad que asumen, y ayudarlas a la formación de grupos de autoayuda. En tercer lugar, los profesionales deben cambiar sus actitudes y su forma de práctica asistencial para desarrollar una colaboración verdadera con las familias y para conseguir que la participación de la familia constituya una parte esencial del programa. Los países en vías de desarrollo tienen una oportunidad única para crear programas de salud mental fundamentados en la aportación que pueden realizar las familias.

Los aspectos relacionados con la capacitación de las familias son los siguientes: la creciente urbanización que existe en India; la desaparición de los vínculos tradicionales y familiares; el número cada vez mayor de familias de carácter nuclear; las familias monoparentales; las familias en las que trabajan los padres; las familias con problemas debido a falta de ingresos, marginación social, alcoholismo o enfermedades crónicas; el número cada vez mayor de personas de edad avanzada y de familias en las que existe algún enfermo mental y en las que las personas que le atienden tienen una edad avanzada, y la influencia cada vez mayor de los medios de comunicación en la configuración de las aspiraciones de los jóvenes y de la vida familiar.

## Bibliografía

1. Chacko R. Family participation in the treatment and rehabilitation of the mentally ill. *Indian J Psychiatry* 1967;9:328-33.
2. Kohmeyer WA, Fernandes X. Psychiatry in India: family approach in the treatment of mental disorders. *Am J Psychiatry* 1963;119:1033-8.
3. Bhatti RS, Janakiramiah N, Channabasavanna SM et al. Descriptive and manifestation of multiple family group interaction. *Indian J Psychiatry* 1980;22:51.
4. Bhatti RS, Janakiramiah N, Channabasavanna SM. Group interaction as a method of family therapy. *Int J Group Ther* 1982;32:103-14.
5. Suman C, Baldev S, Srinivasa Murthy R et al. Helping chronic schizophrenics

and their families in the community - Initial observations. *Indian J Psychiatry* 1980;22:97-102.

6. Pai S, Kapur RL. The burden on the family of a psychiatric patient; development of an interview schedule. *Br J Psychiatry* 1981;138:332-5.
7. Pai S, Nagarajaiah. Treatment of schizophrenic patients in their homes through a visiting nurse: some issues in nurses training. *J Nurs Studies* 1982;19:167-72.
8. Pai S, Kapur RL. Impact of treatment intervention on the relationship between the dimensions of clinical psychopathology, social dysfunction and burden on families of schizophrenic patients. *Psychol Med* 1982;12:651-8.
9. Pai S, Kapur RL, Roberts EJ. Follow up study of schizophrenic patients initially treated with home care. *Br J Psychiatry* 1983;143:447-50.
10. Pai S, Kapur RL. Evaluation of home care treatment for schizophrenic patients. *Acta Psychiatr Scand* 1983;67:80-8.
11. Wig NN, Menon DK, Bedi H et al. Expressed emotion and schizophrenia in North India. I. Cross-cultural transfer of ratings of relatives expressed emotion. *Br J Psychiatry* 1987;151:156-60.
12. Wig NN, Menon DK, Bedi H et al. Expressed emotion and schizophrenia in north India. II. Distribution of expressed emotions components among relatives of schizophrenic patients in Aarhus and Chandigarh. *Br J Psychiatry* 1987;151:160-5.
13. Pai S, Channabasavanna SM, Nagarajiah et al. Home care for chronic mental illness in Bangalore: an experiment in the prevention of repeated hospitalisation. *Br J Psychiatry* 1985;147:175-9.
14. Leff J, Wig NN, Ghosh A et al. Expressed emotion and schizophrenia in north India. III. Influences of relatives expressed emotion on the course of schizophrenia in Chandigarh. *Br J Psychiatry* 1987;151:166-73.
15. Leff J, Wig NN, Bedi H et al. Relatives expressed emotion and the course of schizophrenia in Chandigarh. A two year follow-up of a first contact sample. *Br J Psychiatry* 1990;156:351-6.
16. Sharma V, Srinivasa Murthy R, Kishore Kumar KV et al. Comparison of people with schizophrenia from Liverpool, England and Sakalawara-Bangalore, India. *Int J Soc Psychiatry* 1998;44:225-30.
17. Shankar R, Menon S. Family intervention programme in schizophrenia: the SCARF experience. In: *Research on families with problems in India*. Vol.1. Bombay: Tata Institute of Social Sciences, 1991:128-44.

# Ampliación de la base internacional para el desarrollo de un sistema diagnóstico integrado en psiquiatría

CARLOS E. BERGANZA<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>WPA Section on Classification and Diagnostic Assessment  
<sup>2</sup>Clinica de Psiquiatría Infantil, Avenida Reforma 13-70, zona 9, Guatemala, 00109 Guatemala

Uno de los objetivos más perseguidos de la psiquiatría internacional ha sido el desarrollo de un lenguaje común que permita una comunicación verdadera entre los clínicos e investigadores de todos los rincones del mundo (1,2). Este lenguaje permitiría la elaboración de conceptos universales acerca de las causas de las enfermedades mentales, así como la estandarización de estrategias y técnicas para su diagnóstico y tratamiento, evitando al tiempo, la influencia de factores de confusión que puedan oscurecer su naturaleza verdadera. Esta aspiración ha sido origen de grandes avances en la psiquiatría. Se ha dirigido hacia el conocimiento de los factores genéticos y biológicos de la enfermedad mental y ha incrementado la fiabilidad del diagnóstico psiquiátrico en la práctica clínica y en la investigación que se lleva a cabo en todo el mundo.

Sin embargo, llevada a su extremo, esta aspiración también puede ser origen de problemas importantes. En primer lugar, puede facilitar una generalización o aplicación de puntos de vista de carácter reduccionista respecto a la enfermedad según esquemas cognitivos culturalmente sesgados que, si se adaptan a otras culturas sin consideración de las distintas realidades locales, pueden alcanzar el nivel de los mitos ineficaces y carecer de todo tipo de utilidad (3). Además, esta posición puede dar lugar a la arriesgada suposición de que los clínicos que trabajan en los países en vías de desarrollo deben aceptar y utilizar sin posibilidad de crítica, teorías y conceptos acerca de la enfermedad que se han elaborado en los centros científicos del mundo desarrollado, con una consideración únicamente marginal de la idiosincrasia del paciente concreto que busca un diagnóstico y un tratamiento.

Aunque todavía siguen existiendo grandes diferencias en la cantidad y calidad de los recursos (humanos, económicos y de otro tipo) dedicados al estudio de la enfermedad mental entre el mundo desarrollado y el mundo en vías de desarrollo, durante los últimos años el incremento en las comunicaciones internacionales y la influencia directa de proyectos como el WPA's International Guidelines for Psychiatric Diagnosis han facilitado una incorporación más asertiva de los puntos de vista de los clínicos de todo el mundo en el proceso de la producción del conocimiento relativo a la naturaleza multidimensional de la enfermedad mental. Su participación ha puesto en primera línea la discusión de problemas como el efecto de la cultura en la etiología y la evolución de las enfermedades mentales o como el diseño de medidas efectivas para el tratamiento y la prevención de las mismas, especial-

mente en pacientes de «culturas diferentes» que viven en los países desarrollados (4).

Este contexto ha obligado a que los profesionales de la salud mental se enfrenten a retos nuevos. Para los que trabajan en el mundo no desarrollado, el objetivo principal sigue siendo la incorporación rápida de los métodos y la tecnología de la ciencia para obtener credibilidad respecto a sus puntos de vista y a los datos obtenidos en los estudios efectuados a nivel local. Estos profesionales también deben prestar atención a las formas con las que los avances efectuados en el mundo desarrollado se pueden incorporar a nivel local, con objeto de que se puedan beneficiar de los mismos los pacientes, al tiempo que los profesionales puedan seguir las corrientes internacionales de la psiquiatría. Con respecto a los profesionales que trabajan en el mundo desarrollado, los retos principales siguen siendo también la eliminación del centralismo racial (5) y la revisión de sus profecías autosuficientes acerca de la producción científica procedente de los países en vías de desarrollo. El objetivo sería evitar la suposición de que las contribuciones científicas procedentes de estos países carecen de valor debido a su falta de seriedad o método. Un reto adicional es el de comprometer a los científicos de las zonas desarrolladas para que apoyen la producción científica de los profesionales que trabajan en los países en vías de desarrollo a través de una participación colaborativa y de la transmisión efectiva de la tecnología y metodología científicas para incrementar la calidad de la investigación que se efectúa en estos países respecto al diagnóstico y la clasificación de las enfermedades mentales.

## EL SIGNIFICADO DEL DIAGNÓSTICO EN PSIQUIATRÍA

La psiquiatría y la medicina son en su conjunto ciencia y arte, y por ello, su práctica requiere tanto los conocimientos como una cualificación personal que va más allá de la aplicación simple de conceptos convencionales a la definición de los problemas de los pacientes. Lee (6) ha señalado que las enfermedades psiquiátricas son conceptos sociales con implicaciones para los grupos sociales específicos en los que son creados y legitimados. Por ejemplo, el control del reembolso económico parece haber sido un factor importante para la elaboración del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) en Estados Unidos, lo que representa un uso social irrelevante para otros grupos sociales en los que existen otros mé-

todos distintos de financiación de los servicios sanitarios. De hecho, Regier (2) ha admitido que «la adopción de los códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades-10 (CIE-10) en Estados Unidos sigue retrasándose debido a los complejos problemas del pago por los proveedores sanitarios y de la implementación de los costes». Fabrega (7) ha subrayado por su parte que aunque en todas las sociedades existen trastornos psiquiátricos mayores y menores, la forma en que son denominados y entendidos, así como su identidad social, debe ajustarse a los valores de la sociedad occidental en la que estos trastornos adquieren unas características sociales y médicas especiales.

En psiquiatría, el diagnóstico y la clasificación indican cuál debe ser el tratamiento. El diagnóstico, que es uno de los aspectos clave de la práctica clínica en psiquiatría, implica, según Lain-Entralgo (8), algo mucho más importante que la simple aplicación de un diagnóstico nosológico a un paciente o que el establecimiento de un proceso de diagnóstico diferencial; en la actualidad significa un conocimiento detallado de lo que está ocurriendo en la mente y en el cuerpo de la persona que acude al médico (4). En esta línea, y debido a que los aspectos culturales influyen en la configuración e interpretación de los pensamientos, los sentimientos y los comportamientos, el tratamiento efectivo de la enfermedad mental requiere de hecho una contextualización óptima del trastorno crónico, con el objeto de conseguir una efectividad para ayudar al paciente y a su familia a encontrar las soluciones adecuadas así como de potenciar una calidad de vida óptima. Frank (9) ha subrayado la importancia del proceso psicoterapéutico en el significado que el paciente atribuye a los acontecimientos concretos de su propia realidad; por su parte, Korn (4) ha señalado el mecanismo crítico a través del cual este sistema de valores, obviamente influido por la cultura, puede ser esencial en la relación entre pacientes y terapeutas con contextos culturales distintos. Recientemente, Regier (2) ha señalado que «dado que el DSM-IV tiende a reflejar un modelo occidental de la enfermedad mental, no puede recoger los diferentes significados de la enfermedad, del tratamiento y de los distintos lenguajes del sufrimiento existentes en los distintos grupos étnicos, raciales y culturales de Estados Unidos». Es obvia la necesidad de que los psiquiatras y otros profesionales de la salud mental que trabajan en contextos culturales no «occidentales» tengan muy en cuenta cómo se pueden aplicar en sus propios grupos de población locales los criterios diagnósticos de sistemas tan formidables como el DSM.

La WPA Section on Classification and Diagnostic Assessment ha abordado este problema a través de su proyecto International Guidelines for Diagnostic Assessment (10) y ha establecido un plan de diagnóstico global que incluye un componente sistemático y un componente ideográfico. Este sistema también ha sido incorporado en la Latin American Guide for Psychiatric Diagnosis (GLDP), que está siendo desarrollada por la Section on Diagnosis and Classification of the Latin American Psychiatric Association (11). Con este modelo se ha ofrecido una solución preliminar que no sólo puede mejorar la validez y la fiabilidad del diagnóstico psiquiátrico, sino también su sensibilidad cultural.

## UNA PERSPECTIVA DESDE LOS PAÍSES EN VÍAS DE DESARROLLO

Aunque los expertos que trabajan en los países en vías de desarrollo efectuaron en épocas anteriores contribuciones importantes al desarrollo de los sistemas diagnósticos inter-

nacionales «oficiales» (11,12), lo habitual era que en casi todos los libros de texto de psiquiatría de los países desarrollados se considerara que estas contribuciones eran básicamente marginales. Hasta hace poco tiempo, parte de la bibliografía psiquiátrica anglosajona se refería al sistema CIE como el «sistema europeo» para el diagnóstico, en contraste con el «sistema americano» DSM. Al definir los modelos conceptuales de la enfermedad en los países en vías de desarrollo, se insistía en las tradiciones mágico-religiosas que dominan todo el pensamiento cultural en estas zonas, más que en las iniciativas de los sistemas oficiales de salud, para desarrollar modelos integrados y culturalmente sensibles tanto de la enfermedad como de los tratamientos. La medicina tradicional todavía se practica en muchas partes de mundo desarrollado y del mundo en vías de desarrollo, con muy buenos resultados. Por ejemplo, Murthy y Wig (12) han propuesto que, a diferencia de la medicina moderna, los modelos tradicionales no mantienen una separación estricta entre el cuerpo y la mente, tal como ocurre en la tradición occidental; debido a ello, las personas que practican la medicina tradicional suelen presentar un enfoque más holístico hacia el paciente, lo que puede ser una actitud mejor en un buen número de pacientes de cualquier contexto cultural. Sin embargo, los países en vías de desarrollo también han efectuado avances significativos en la incorporación de los conceptos occidentales más modernos del diagnóstico y del tratamiento de las enfermedades. Por supuesto, en lo que se refiere a la salud mental, la aplicación de los modelos y los conceptos merece una consideración más crítica y detallada.

Tras la publicación de la CIE-10 a principios del decenio de 1990, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la WPA realizaron un esfuerzo importante para difundir este sistema a nivel internacional y también para la formación de los clínicos de todo el mundo respecto al uso de este nuevo sistema diagnóstico. Esta actitud dio lugar a un interés renovado por el uso del diagnóstico sistemático en psiquiatría en los países en vías de desarrollo. Por ejemplo, en América del Sur se realizó una encuesta en 1994 a 500 psiquiatras de siete países en la que se demostró que más del 90 % de los encuestados decía utilizar un sistema basado en criterios para establecer el diagnóstico de sus pacientes en la práctica clínica (11). Tras su uso más generalizado, se hicieron evidentes entre los clínicos, investigadores y académicos las ventajas y desventajas del sistema, y también empezó a apreciarse la necesidad de prestar atención a los aspectos más locales del proceso diagnóstico. Los clínicos eran conscientes de que la psiquiatría había ganado en fiabilidad, pero la utilidad del proceso diagnóstico para la determinación real del tratamiento de la enfermedad había quedado deteriorada. Tal como señaló un participante de uno de los numerosos seminarios que dieron origen a la GLDP, «el modelo de diagnóstico global nos ha permitido recuperar al paciente de la simple aplicación de una etiqueta diagnóstica, tal como se realizaba desde los primeros años del decenio de 1980».

El resultado final de esta «tensión» saludable entre la necesidad de aprovechar lo que es universal en la enfermedad del paciente y prestar al mismo tiempo atención a las causas más locales del sufrimiento y a las formas más concretas y particulares de expresión de las alteraciones mentales tan matizadas por las variables culturales, ha sido una participación activa de los expertos en la revisión del esquema internacional. Un ejemplo de ello ha sido la London Conference on Classification, que tuvo lugar en junio de 2001 durante el Congress of the Royal College of Psychiatrists, y cuyos contenidos han aparecido

en un suplemento de *Psychopathology* (13). Esta importante reunión profesional puso en el punto de mira de la psiquiatría internacional a los prestigiosos centros con experiencia en clasificación de las enfermedades, como la OMS y la WPA. Sin embargo, en esta reunión participaron conferenciantes de diversos países desarrollados y de países en vías de desarrollo que tuvieron la oportunidad de ofrecer sus perspectivas particulares respecto al diagnóstico y la clasificación en psiquiatría (hubo participación de expertos de Francia, Japón, China, América del Sur y Cuba). A través de esta participación más generalizada de expertos procedentes de áreas desarrolladas y de áreas en vías de desarrollo podemos desarrollar un sistema internacional verdaderamente «central» que represente la visión de los profesionales que están en contacto directo con el paciente y que sufren con mayor frecuencia los puntos fuertes y débiles de cualquier modelo diagnóstico en uso.

## UNA PERSPECTIVA DE FUTURO

La búsqueda de un lenguaje internacional común en el diagnóstico psiquiátrico debe seguir adelante. Las iniciativas para desarrollar un sistema verdaderamente internacional de diagnóstico y clasificación de las enfermedades psiquiátricas representa una empresa válida y justificada. Sin embargo, es necesario tener en cuenta que una bandera no hace que un sistema sea verdaderamente internacional y que, para conseguir que éste sea adecuado y aplicable de manera válida a los diferentes contextos culturales, debe tener en cuenta la manera en que los pacientes de cada uno de ellos conciben y manejan la realidad y cómo reaccionan ante ella. Para ello, se precisa una amplia discusión a nivel internacional que permita el desarrollo de bases de datos que recojan los aspectos nosológicos y taxonómicos en psiquiatría. Las oportunidades están ahora más al alcance de la mano que nunca. Sólo esperamos que todos aquellos interesados en el avance de la psiquiatría como disciplina médica puedan aportar lo mejor de ellos mismos.

*World Psychiatry* 2003; 2: 38-40

## Bibliografía

1. Sartorius N, Kaelber CT, Cooper JE et al. Progress toward achieving a common language in psychiatry. Results from the field trial of the clinical guidelines accompanying the WHO classification of mental and behavioral disorders in ICD-10. *Arch Gen Psychiatry* 1993;50:115-24.
2. Regier DA, Narrow W, First M et al. The APA classification of mental disorders: future perspectives. *Psychopathology* 2002;35: 166-70.
3. Lee S. Fat phobic and non-fat phobic anorexia nervosa: a comparative study of 70 Chinese patients in Hong Kong. *Psychol Med* 1993;23:999-1017.
4. Korn ML. Cultural aspects of the psychotherapeutic process. Presented at the 53rd Institute of Psychiatric Services of the American Psychiatric Association, Orlando, October 2001.
5. Alarcón RD. Culture and psychiatric diagnosis. Impact on DSM-IV and ICD-10. *Psychiatr Clin North Am* 1995;18:449-65.
6. Lee S. From diversity to unity: the classification of mental disorders in 21st-century China. *Psychiatr Clin North Am* 2001;24: 421-31.
7. Fabrega H Jr. Culture and history in psychiatric diagnosis and practice. *Psychiatr Clin North Am* 2001;24:391-405.
8. Lain-Entralgo P. *El diagnóstico médico*. Barcelona: Salvat, 1982.
9. Frank JD. Therapeutic components shared by all psychotherapies. In: Harvey JH, Parks MM (eds). *Psychotherapy research and behavior change*. Washington: American Psychological Association, 1982:9-37.
10. World Psychiatric Association. *Essentials of the WPA International Guidelines for Diagnostic Assessment*. Submitted for publication.
11. Berganza CE, Mezzich JE, Otero-Ojeda AA et al. The Latin American Guide for Psychiatric Diagnosis: a cultural overview. *Psychiatr Clin North Am* 2001;24:433-46.
12. Murthy RS, Wig NN. Psychiatric diagnosis and classification in developing countries. In: Maj M, Gaebel W, López-Ibor JJ et al (eds). *Psychiatric diagnosis and classification*. Chichester: Wiley, 2002:249-79.
13. Mezzich JE, Ustun TB (eds). *International classification and diagnosis in psychiatry: critical experience and future directions*. *Psychopathology* 2002;35:59-201.

# Trastornos de la personalidad en la práctica psiquiátrica

PETER TYRER<sup>1,2</sup>, ERIK SIMONSEN<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup>WPA Section on Personality Disorders

<sup>2</sup>Imperial College School of Medicine, St. Mary's Campus, 20 South Wharf Road, London W2 1PD, UK

<sup>3</sup>Amtssygehuset Fjorden, 10-16 Smedegade, Birkehus 2, Roskilde, DK-4000 Denmark

En este breve artículo se inaugura una nueva sección en la WPA, la sección de Trastornos de la personalidad. Todos los profesionales que practican la psiquiatría conocen este tema, que durante muchos años se ha considerado marginal y, según algunos expertos, algo que debía excluirse en su totalidad. Durante los 20 últimos años se ha reconocido su importancia a todos los niveles de la práctica psiquiátrica, y los avances en su conocimiento han sido útiles para definir muchas áreas que previamente presentaban una gran incertidumbre y confusión.

Los trastornos de la personalidad se manifiestan a todos los niveles de la práctica clínica de la psiquiatría. Cuando se expone la etiología, el diagnóstico, la evaluación, el tratamiento y la evolución de cualquier enfermedad psiquiátrica, siempre es necesario considerar la influencia que tiene la personalidad del paciente. La razón es que cualquier paciente que presenta una enfermedad mental, sea cual sea su naturaleza, tiene su propia personalidad, y la influencia de ésta puede ser clave para el diagnóstico y el tratamiento. Sin embargo, este problema todavía tiene pocos años de vida y existen aún numerosos argumentos y aspectos que están siendo analizados bajo distintos puntos de vista. Es útil evaluar todas las áreas de la práctica psiquiátrica para comprobar los avances que se han efectuado en las mismas durante estos últimos 20 años y también para describir las áreas de debate en la vanguardia del pensamiento actual.

## CLASIFICACIÓN

### Resumen de los avances

Desde la primera clasificación efectuada por Schneider de las «personalidades psicóticas» en 1923 (1), se han introducido numerosos argumentos acerca de cuál puede ser la mejor manera de definir y describir las personalidades anómalas. En el DSM-III, la American Psychiatric Association dio el importante paso de ofrecer un eje troncal separado (Eje II) relativo a los trastornos de la personalidad (2). Así, se introdujo el diagnóstico de los trastornos de la personalidad en el quehacer psiquiátrico, lo que fue estimulado posteriormente por la adopción de criterios operativos para el diagnóstico de cada trastorno concreto de la personalidad, un procedimiento que se confirmó en la clasificación internacional de enfermedades-10 (CIE-10) (3). En la actualidad, existen criterios claros para cada uno de los trastornos de la personalidad, es decir, antisocial (disocial), paranoide, esquizoide, dependiente, anacástico (obsesivo-compulsivo), emocionalmente inestable y ansioso (con comportamiento de evitación). Todavía se sigue discutiendo entre las clasificaciones de la CIE y del DSM acerca de la ubicación del trastorno límite de la personalidad, considerado como una categoría principal en el

DSM y como una subcategoría del trastorno de la personalidad emocionalmente inestable en la CIE, así como sobre la situación de los trastornos de la personalidad narcisista y esquizotípico. Estos dos trastornos aparecen incluidos en la clasificación del DSM pero no en la CIE; el trastorno esquizotípico se recoge en la CIE bajo el concepto de esquizofrenia.

### Áreas de debate

Las categorías principales de los trastornos de la personalidad, aunque consagradas por su uso durante mucho tiempo, no son especialmente satisfactorias. Existe un gran solapamiento entre las mismas y es rara la observación de un trastorno de la personalidad «puro» sin que existan elementos de otros trastornos de la personalidad. Diversos investigadores, y entre ellos especialmente John Livesley de Canadá (4,5), han demostrado que los elementos clave del trastorno de la personalidad se distribuyen en muchas categorías individuales, de manera que no es sorprendente que sea tan común la coincidencia de ellos.

Es difícil saber cómo se podría resolver este problema. Se ha generado un gran interés por la clasificación dimensional de los trastornos de la personalidad (un debate que está teniendo lugar en muchas áreas de la psiquiatría), y se han planteado argumentos para una clasificación basada en rasgos que sustituyan al Eje II actual en las clasificaciones del DSM venideras. También existen pruebas de que los pacientes con los trastornos de la personalidad más graves tienden a presentar muchos más trastornos de la personalidad que aquéllos con niveles más leves. El modelo en racimo de los trastornos de la personalidad ha recibido un cierto apoyo. En este sistema, todos los trastornos de la personalidad son considerados con respecto a un grupo de personalidad rara o excéntrica (esquizoide, paranoide y esquizotípica), a un grupo de personalidad exuberante o espectacular (antisocial, límite, histriónico, narcisista) y al grupo personalidad ansiosa o temerosa (ansiosa o de evitación, dependiente y anacástica u obsesivo-compulsiva). Se han efectuado intentos para utilizar el modelo en racimo de una manera dimensional con objeto de registrar la alteración de la personalidad en uno de cuatro niveles de gravedad (6).

También se ha planteado el argumento acerca de la situación de la «psicopatía» como dimensión de la personalidad. Aunque ha existido una gran preocupación por las implicaciones peyorativas que tiene el uso del término «psicótico», en el sentido de una personalidad simplista, amoral, que ejerce una violencia gratuita, despiadada (bien descrita por Cleckley en 1941 [7]), este concepto ha sido difundido sobre todo por Robert Hare, y es especialmente útil en la predicción del comportamiento violento y criminal (8).

## EVALUACIÓN

### Resumen de los avances

El avance principal que se ha realizado en la evaluación de los trastornos de la personalidad durante los últimos 20 años ha sido la introducción de numerosos tipos de entrevista estructurada, especialmente diseñados a partir de las clasificaciones del DSM y la CIE, pero con consideración también de otras clasificaciones. Una definición mejor de las características del trastorno de la personalidad ha permitido la evaluación formal de estas características mediante las entrevistas estructuradas, que con mayor frecuencia abordan todo el campo de los trastornos de la personalidad, pero que en ocasiones se refieren únicamente a una categoría individual (p. ej., el trastorno límite de la personalidad).

### Áreas de debate

Por desgracia, los inventarios de entrevistas estructuradas no muestran la concordancia entre sí que sería deseable, a pesar de que tienen muchas ventajas, sobre todo en términos de mejora de la fiabilidad. También se han observado variaciones importantes entre el diagnóstico clínico de los trastornos de la personalidad y el diagnóstico obtenido a través de las entrevistas estructuradas (9). Esto quiere decir que los clínicos que siguen diciendo que el diagnóstico del trastorno de la personalidad es poco fiable tienen alguna justificación para estos comentarios. Probablemente, lo más adecuado sería señalar que nuestras posibilidades de evaluación del trastorno de la personalidad han mejorado hasta el punto de que en la actualidad son similares a las que existen respecto a otros diagnósticos psiquiátricos en lo que se refiere a su fiabilidad, pero que todavía queda mucho camino por recorrer.

## ETIOLOGÍA

### Resumen de los avances

Son escasos los estudios de investigación que se han efectuado respecto a la etiología de los trastornos de la personalidad. Los modelos y teorías de la personalidad y de los trastornos de la personalidad que se manejan en la actualidad están fundamentados principalmente en especulaciones de tipo académico. Tienen un apoyo empírico muy escaso o incluso nulo. El tratamiento de los trastornos de la personalidad se lleva haciendo desde hace tiempo sobre la premisa de que «no hay nada tan práctico como una buena teoría» (10). En algunos estudios se ha apoyado la posibilidad de que puedan existir marcadores genéticos y formas de disposición relacionados con ciertos temperamentos y ciertas categorías específicas de la personalidad. Son notables a este respecto los hallazgos relativos a la transmisión hereditaria de los rasgos de la personalidad, como el comportamiento de búsqueda de «gangas» o la impulsividad, relacionados con loci cromosómicos concretos o con sistemas neurotransmisores particulares (11). Los trastornos de la personalidad esquizotípica, paranoide y posiblemente esquizoide también pueden pertenecer al mismo «espectro» que la esquizofrenia, dado que comparten con ella la vulnerabilidad genética y la relación con los factores ambientales.

La agresividad impulsiva es un factor importante en algunos trastornos de la personalidad y se ha relacionado con re-

ceptores específicos y con el sistema neurotransmisor serotonérgico (12). La timidez y el comportamiento de evitación también parecen ser un factor presente y muy estable desde la primera niñez hasta la adolescencia y hasta las fases avanzadas de la edad adulta (13). Finalmente, parece existir una relación entre los trastornos del comportamiento y las dificultades con el lenguaje, y también con el comportamiento disocial en épocas posteriores (14).

### Áreas de debate

Las teorías psicoanalíticas han desempeñado un papel importante durante muchos decenios en la descripción, el conocimiento y el tratamiento de los trastornos de la personalidad. Las alteraciones en la relación temprana entre el niño y sus padres, como ocurre en las situaciones de separación, falta de apoyo, hostilidad por parte de los padres o abandono emocional, se consideran determinantes de la patología de la personalidad. Muchas personas con una personalidad inestable, como las que presentan un trastorno límite de la personalidad, señalan haber sido víctimas de abuso sexual o abandono durante su niñez (15). Sigue abierto el debate acerca de si el abuso y su impacto destructivo sobre la víctima pueden ser debidos, al menos en parte, a ciertos rasgos de la personalidad de la víctima o bien a un trauma emocional real. Sin embargo, el trauma emocional no siempre es específico de los trastornos de la personalidad. No obstante, todavía no se han efectuado estudios de diseño longitudinal sobre pacientes de riesgo alto para identificar los factores ambientales y sociales predictivos de la patología de la personalidad.

## CONTROL Y TRATAMIENTO

### Resumen de los avances

En muchos países se ha considerado que los trastornos de la personalidad no eran susceptibles de tratamiento. En la actualidad, sabemos que pueden ser tratados, probablemente con buenos resultados, y en los últimos años se han efectuado varios ensayos clínicos aleatorizados y controlados que confirman el valor de ciertos abordajes terapéuticos. La escasez de pruebas acerca de la posibilidad de tratamiento se debe principalmente a la falta de estudios. Tradicionalmente, la psicoterapia dinámica y el contexto terapéutico se han considerado la forma más importante de tratamiento de los trastornos de la personalidad; sin embargo, durante los últimos años, la investigación empírica se ha centrado más en el tratamiento farmacológico. El número de estudios realizados es insuficiente para el establecimiento de protocolos basados en la evidencia, aunque en este momento se están desarrollando algunas guías terapéuticas para el trastorno de la personalidad límite (16). Se ha demostrado que los antipsicóticos, en algunos casos, provocan un cierto efecto beneficioso en el tratamiento de los trastornos de la personalidad relacionados con la esquizofrenia (además de la personalidad esquizoide) y en pacientes con sintomatología sostenida de cavilación obsesiva o de experiencias de tipo disociativo. En un número limitado de ensayos clínicos, se ha recomendado el uso de inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina en pacientes con una personalidad impulsiva, irritable y ansiosa, así como el uso de carbamazepina como agente antiagresivo (16). El interés por la investigación de los resultados de la psicoterapia ha sido limitado, pero un estudio aleatorizado en el que se de-

mostraron los efectos beneficiosos del tratamiento psicodinámico y de la hospitalización parcial (hospital de día) ha despertado un gran interés debido a sus resultados positivos (17,18). También se ha demostrado que diversas técnicas de psicoterapia producen un efecto beneficioso en la reducción de actos parasuicidas y de otros síntomas (19,20).

#### Áreas de debate

Para efectuar un tratamiento adecuado de los trastornos de la personalidad es necesario realizarlo durante un largo período de tiempo con intervalos entre las evaluaciones. Esto todavía no se ha llevado a cabo y siempre se sospecha que la mejoría obtenida a corto plazo pueda ser una consecuencia de las modificaciones del estado mental, más que de un cambio importante de la personalidad.

La mayor parte de los pacientes reciben tratamiento farmacológico e intervención psicosocial. Se ha comprobado la dificultad para considerar en el diseño de los estudios todas las variables que intervienen, y también para controlarlas. Sin embargo, los estudios de tratamiento son importantes, debido a que las intervenciones bien definidas pueden influir sobre la propia naturaleza del trastorno de la personalidad mediante un análisis cuidadoso de los posibles mecanismos implicados en su modificación.

## EVOLUCIÓN

### Resumen de los avances

La mejor evaluación de los trastornos de la personalidad también ha influido en los estudios de evolución. La evolución se ha estudiado principalmente con respecto a dos áreas: a) la evolución de otras enfermedades mentales (Eje I) cuando se acompañan o no de trastornos de la personalidad, y b) la evolución de los trastornos de la personalidad en sí mismos. Los resultados han demostrado en general (aunque con excepciones) que la presencia de un trastorno de la personalidad altera la evolución de las enfermedades recogidas en el Eje I y que su efecto negativo es mayor a largo plazo que a corto plazo. El estudio del trastorno de la personalidad por sí mismo también indica que existen algunas características importantes que es necesario tener en cuenta. En el conjunto de trastornos de la personalidad de tipo exuberante y espectacular (grupo B) suele existir mejoría a lo largo del tiempo (siempre que el paciente permanezca con vida), mientras que en los trastornos de la personalidad de los racimos grupo A y grupo C es frecuente que no se produzcan modificaciones o que incluso tenga lugar un empeoramiento, sobre todo cuando se considera su evolución a un plazo de muchos años (21,22); sin embargo, existen grandes variaciones en la evolución, no sólo debidas a la elevada mortalidad temprana relacionada con el suicidio (23) sino también a que los patrones de mejoría observados han sido muy variables en los distintos estudios (24,25).

Una forma de evolución infrecuente y grave de los trastornos de la personalidad puede ser la violencia intensa o el homicidio, lo que en la actualidad es objeto de un amplio debate. En conjunto, la evidencia indica la existencia de factores de personalidad, pero, sobre todo en lo que se refiere a los casos de psicopatía, existen factores predictivos estadísticos importantes de la realización de actos violentos y agresivos, aunque estos factores no son lo suficientemente explícitos como para advertir al clínico en los casos individuales (8).

#### Áreas de debate

«El interés actual de la psicología y la sociología por los aspectos de la delincuencia ha dado lugar a una impresión falsa entre los distintos profesionales así como en la sociedad en general de que ya es posible conocer las causas del crimen. Esta situación indica la necesidad de elaborar a intervalos frecuentes «publicaciones especiales» sobre psicopatía dedicadas preferiblemente a los muchos aspectos relacionados que sabemos no conducen a nada». Estas palabras de Glover y cols. datan de 1951 (26), pero podrían haber sido escritas hoy mismo. ¿Qué parte de la modificación que tiene lugar en los trastornos de la personalidad es consecuencia de la evolución de la enfermedad, un artefacto inducido por los cambios en el estado mental o el resultado del tratamiento? Hasta que no conozcamos la respuesta a las dos primeras posibilidades no nos va a ser fácil interpretar los estudios de tipo terapéutico y no va a ser posible establecer conclusiones acerca de la efectividad de las distintas formas de intervención.

## CONCLUSIÓN

La investigación sobre los trastornos de la personalidad está en una fase muy activa, aunque el camino recorrido ha sido corto y todavía no sabemos lo lejos que se puede llegar. Esta nueva sección de la WPA representa un hito útil en este camino y esperamos relatar en futuras publicaciones de la WPA los progresos efectuados.

*World Psychiatry 2003; 2: 41-44*

## Bibliografía

1. Schneider K. Die Psychopathischen Persönlichkeiten. Berlin: Springer, 1923.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 3rd revision. Washington: American Psychiatric Association, 1980.
3. World Health Organisation. ICD-10: classification of mental and behavioural disorders. Geneva: World Health Organisation, 1992.
4. Livesley WJ. Trait and behavioural prototypes of personality disorder. *Am J Psychiatry* 1986;143:728-32.
5. Livesley WJ. Classifying personality disorders: ideal types, prototypes, or dimensions? *J Pers Disord* 1991;5:52-9.
6. Tyrer P, Johnson T. Establishing the severity of personality disorder. *Am J Psychiatry* 1996;153:1593-7.
7. Cleckley H. The mask of sanity. London: Kimpton, 1941.
8. Monahan J, Steadman HJ, Silver E et al. Rethinking risk assessment: the MacArthur study of mental disorder and violence. Oxford: Oxford University Press, 2001.
9. Westen D. Divergences between clinical and research methods for assessing personality disorders: implications for research and the evolution of Axis II. *Am J Psychiatry* 1997;154:895-903.
10. Lewin K. Principles of topographical psychology. New York: McGraw-Hill, 1936.
11. Benjamin J, Li L, Greenberg BD et al. Population and familial association between the D4 dopamine receptor gene and measures of novelty seeking. *Nature Genet* 1996;12:81-84.
12. Coccaro EF, Kavoussi RJ, Shelton YL et al. Impulsive aggression in personality disorder: correlates with 125I-LSD binding in the platelet. *Neuropsychopharmacology* 1997;16:211-6.
13. Kagan J, Reznick JS, Snidman N. Biological bases of childhood shyness. *Science* 1988;240:167-71.

- in personality disorder: correlates with 125I-LSD binding in the platelet. *Neuropsychopharmacology* 1997;16:211-6.
13. Kagan J, Reznick JS, Snidman N. Biological bases of childhood shyness. *Science* 1988;240:167-71.
  14. Robins L. *Deviant children grown up*. Baltimore: Williams & Wilkins, 1966.
  15. Zanarini MC, Williams AA, Lewis RE et al. Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1997;154:1101-6.
  16. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2001;158 (Suppl.).
  17. Bateman A, Fonagy P. Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry* 1999;156:1563-9.
  18. Bateman AW, Fonagy P. Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalisation: an 18-month follow-up. *Am J Psychiatry* 2001;158:36-42.
  19. Evans K, Tyrer P, Catalan J et al. Manual-assisted cognitive-behaviour therapy (MACT): a randomised controlled trial of a brief intervention with bibliotherapy in the treatment of recurrent deliberate self-harm. *Psychol Med* 1999;29:19-25.
  20. Guthrie E, Kapur N, Mackway-Jones K et al. Randomised controlled trial of brief psychological intervention after deliberate self poisoning. *Br Med J* 2001;323:135-8.
  21. Black DW, Baumgard CH, Bell SE. The long-term outcome of antisocial personality disorder compared with depression, schizophrenia, and surgical conditions. *Bull Am Acad Psychiatry Law* 1995;23:43-52.
  22. Seivewright H, Tyrer P, Johnson T. Change in personality status in neurotic disorders. *Lancet* 2002;359:2253-4.
  23. McGlashan TH. The Chestnut Lodge Follow-up Study III: long-term outcome of borderline personalities. *Arch Gen Psychiatry* 1984;41:573-85.
  24. Stone MH. Long-term outcome in personality disorders. *Br J Psychiatry* 1993;162:299-313.
  25. Sanislow CA, McGlashan TH. Treatment outcome of personality disorders. *Can J Psychiatry* 1998;43:237-50.
  26. Glover E, Mannheim H, Miller E. Papers on psychopathy. *Br J Delinquency* 1951;2:77-83.

# El Edimburgh High Risk Study: situación actual y perspectivas futuras

EVE C. JOHNSTONE, KIRSTEN D. RUSSELL, LESLEY K. HARRISON, STEPHEN M. LAWRIE

University  
Department  
of Psychiatry,  
Kennedy Tower,  
Royal Edinburgh  
Hospital,  
Morningside Park,  
Edinburgh EH10 5HF,  
UK

La esquizofrenia es una enfermedad relativamente frecuente en la que existe un riesgo del 8 por 1.000 a lo largo de la vida (1) y sobre la que durante los 30 últimos años se han efectuado estudios detallados para intentar conocer los mecanismos subyacentes que tienen lugar en la misma. Sabemos que los factores genéticos son importantes, y durante los 15 últimos años se ha señalado a menudo que la esquizofrenia es una enfermedad del desarrollo neurológico que se mantiene compensada hasta los primeros años de la vida adulta (2). Hasta el momento no existen pruebas de ello, y éstas sólo se podrían obtener si fuera posible la evaluación en alguna fase anterior a la manifestación de la enfermedad de las personas con riesgo de desarrollar la misma, comparando estas personas con controles normales y con un seguimiento de los pacientes durante todo el período de riesgo de esquizofrenia hasta la comprobación de que aparece o no aparece la psicosis.

La esquizofrenia no tiene una frecuencia suficiente como para que sea posible aplicar este tipo de diseño a la población general. Durante muchos años se han efectuado estudios prospectivos sobre los pacientes con riesgo aumentado (estudios de riesgo alto), por ejemplo el proyecto de riesgo alto de Copenhage (3), el estudio de riesgo alto de Israel (4) y el proyecto de riesgo alto de New York (5). En estos estudios se identificaron como personas de riesgo alto para el padecimiento de la esquizofrenia a los hijos de madres esquizofrénicas. Este diseño presenta abundantes dificultades de tipo práctico debido principalmente al período de aproximadamente 20 años que transcurre entre la identificación de los pacientes con riesgo mientras son lactantes y el comienzo de la situación de riesgo máximo para la aparición de la esquizofrenia.

En el Edimburgh High Risk Study (estudio de riesgo alto de Edimburgo) se ha pretendido solucionar estos problemas mediante la investigación de pacientes con un riesgo superior debido a que presentan uno o más familiares afectados, pero que fueron identificados en sus últimos años de la adolescencia, en una fase inmediatamente anterior a que alcanzaran el período de riesgo máximo de la enfermedad, de manera que la determinación de si estos pacientes van a desarrollar o no esquizofrenia se puede resolver de una manera u otra en un plazo de 10 años. Esto quiere decir que todo el estudio se puede realizar en un período de 10 años, de modo que es posible que la tasa de abandono por parte de los pacientes sea inferior a la que ha tenido lugar en los estudios de riesgo alto efectuados sobre pacientes identificados cuando todavía eran lactantes. Una ventaja añadida del hecho de que el período de tiempo de estudio sea relativamente corto es que los instrumentos y métodos utilizados para el análisis de los participantes desde el punto de vista de su valoración no va a quedar gra-

vemente desfasado para el momento en el que finalice el estudio. La investigación tiene un alcance amplio y en la misma se están realizando evaluaciones psicopatológicas, psicológicas, sociales y de técnicas de imagen. El estudio comenzó en 1994 y se va a mantener hasta el año 2004, por lo que en este momento todavía no ha finalizado y no es posible realizar las comprobaciones finales de las variables iniciales entre los participantes en el grupo control, los participantes del grupo de riesgo alto que hayan desarrollado esquizofrenia y los participantes del grupo de riesgo alto que no la hayan desarrollado. Sin embargo, en este momento, ya se han observado diferencias significativas entre los participantes de los distintos grupos respecto a muchas de las comparaciones efectuadas, y ya se han presentado resultados detallados de las áreas individuales de trabajo. En este artículo se revisan la metodología del estudio y los resultados principales que se han obtenido hasta el momento.

## MÉTODOS

### Características de los participantes

Se consideraron de riesgo alto las personas de 16 a 25 años de edad que no presentaban antecedentes personales psiquiátricos graves y que nunca habían sido considerados psicóticos, con al menos dos familiares de primero o segundo grado que padecían esquizofrenia. La selección de los participantes se realizó mediante el análisis de las historias clínicas de todos los pacientes con esquizofrenia atendidos en hospitales individuales para identificar a aquellos que tenían al menos un familiar con la misma enfermedad. Se obtuvo el consentimiento informado de uno de los familiares afectados para poder hablar con alguno de sus familiares sanos que pudiera participar en el estudio; en el familiar sano se realizó una historia clínica detallada y se requirió que tuviera entre 16 y 25 años y que fuera familiar de primero o segundo grado de los pacientes identificados. Éste proceso obligó a un trabajo intensivo para la evaluación de más de 2.000 historias clínicas y para la realización de visitas al hogar de más de 500 participantes potenciales. Cuando se efectuó la planificación de la investigación, se calculó que la probabilidad de que las personas de estas familias desarrollaran esquizofrenia hacia los 30 años de edad era del 10 al 15 %. Por tanto, se determinó que deberían participar 200 personas de riesgo alto con la consideración de que aproximadamente 20-30 de ellas desarrollarían esquizofrenia. Se establecieron dos grupos de control, cada uno de ellos con aproximadamente 30 participantes, con objeto de compararlos con los pacientes que fueran a desarrollar esquizofrenia; los grupos de control estuvieron formados por personas de edad si-

**Tabla 1** Características de los grupos de participantes al inicio del estudio

	Riesgo alto	Individuos sanos de control	Esquizofrénicos con un primer episodio
Número de casos	76 hombres; 86 mujeres	17 hombres; 19 mujeres	25 hombres; 12 mujeres
Edad (años, media $\pm$ desviación estándar)	21,19 $\pm$ 2,97	21,17 $\pm$ 2,37	21,63 $\pm$ 3,69
Clase social (% , según la ocupación laboral de los padres)			
1 o 2	18,5	30,6	27,0
3 o 4	53,7	47,2	35,0
5 o 6	24,7	16,7	8,1
No clasificable	3,1	5,6	29,7

milar sin antecedentes familiares de trastorno psicótico y por personas de edad similar que habían presentado un primer episodio de esquizofrenia y que no tenían antecedentes familiares conocidos de esta enfermedad.

Se identificaron 229 personas de riesgo alto que cumplieran estas características, a las que se propuso la participación en el estudio; durante los primeros 5 años del estudio, 162 de estas personas aportaron datos útiles. Con objeto de alcanzar estas cifras de participantes, se estableció contacto con la mayor parte de los servicios de salud mental de Escocia, de manera que, además de incluir un número importante de participantes procedentes de Edimburgo, también se incluyeron personas pertenecientes a familias que vivían entre las áreas rurales de Argyll, Clyde, Borders, Forth Valley, Lothian, Highlands y Islands, así como en las ciudades y pueblos de Inverness, Dunfries, Perth y Greenock. En estas áreas de población estable en las que todavía persisten los patrones tradicionales de la vida familiar, fue posible identificar las amplias redes familiares necesarias para la realización del estudio. Debido a que los participantes procedían de contextos distintos, los controles sanos se seleccionaron a partir de los grupos sociales a los que pertenecían los propios participantes. Los pacientes con un primer episodio de esquizofrenia que participaron en uno de los grupos de control se seleccionaron en los hospitales locales y fueron distribuidos de manera homogénea en grupos respecto a su edad (y a su sexo siempre que fue posible). En la tabla 1 se recogen las características demográficas y sociales iniciales de los tres grupos estudiados.

#### Plan del estudio e instrumentos de valoración utilizados

El estudio se ha efectuado en dos fases. La primera tuvo lugar entre 1994 y 1999, y la segunda se inició en 1999 y finalizará en 2004. El plan de la primera fase ha sido la evaluación de todos los participantes de riesgo alto y de los participantes incluidos en ambos grupos de control para determinar sus características psicopatológicas, neuropsicológicas y de la estructura cerebral, establecida esta última mediante resonancia magnética (RM) estructural. Las evaluaciones se repitieron cada 18 meses en aquellos participantes de riesgo alto y del grupo control en los que había tenido lugar un primer episodio de esquizofrenia. Además de estos parámetros, también se evaluaron los rasgos de comportamiento durante la niñez, las características esquizopáticas, las anomalías físicas leves, la dermatoglia, los acontecimientos vitales y el consumo de drogas. El instrumento psicopatológico principal fue la *Present State Examination*, 9ª edición (PSE-9) (6) y, por motivos de simplicidad, las alteraciones psicopatológicas se clasificaron según la escala siguiente:

- 4 - Esquizofrenia manifiesta.
- 3 - Cualquier característica psicótica evidente recogida en las categorías específicas de delirio, alucinaciones y experiencias de pasividad.
- 2 - Sintomatología del grado 3 pero con manifestación parcial, así como otros trastornos de la percepción evidentes.
- 1 - Ausencia de características psicóticas o posiblemente psicóticas, pero características manifiestas de otras categorías como depresión y ansiedad.
- 0 - Ninguna de las anteriores.

Se realizó una amplia gama de pruebas neuropsicológicas, que ya ha sido descrita con detalle en otras publicaciones, y que consistió fundamentalmente en pruebas de inteligencia general, atención, velocidad motora, función ejecutiva, aprendizaje verbal y memoria. La estructura cerebral se evaluó mediante RM estructural. Las imágenes se evaluaron inicialmente desde un punto de vista volumétrico pero posteriormente fueron analizadas de nuevo según métodos fundamentados en la visualización tridimensional de las mismas (voxels). Los elementos de la personalidad y el comportamiento durante la niñez, de los acontecimientos vitales, de las anomalías físicas leves y de otras variables se evaluaron mediante métodos estandarizados. También fue posible evaluar el grado de relación genética que presentaban las personas de riesgo alto. Esta determinación se llevó a cabo mediante dos métodos. El primero fue de tipo categórico, con consideración del número de familiares de primer o segundo grado afectados por esquizofrenia, de manera que las categorías fueron las siguientes:

- 0 - Sin familiares afectados, es decir, participantes del grupo control.
- 1 - Sólo familiares de segundo grado afectados.
- 2 - Un familiar de primer grado y uno o más familiares de segundo grado.
- 3 - Dos o más familiares de primer grado.

Este método no tiene en cuenta el número completo de familiares afectados que tenían los participantes de riesgo alto, de manera que también se desarrolló un método continuo (no categórico) de relación genética (descrito en Lawrie y cols. [7]).

En la segunda fase del estudio (1999-2004) se han continuado las valoraciones psicopatológicas y se ha observado un incremento progresivo en el número de participantes que está desarrollando sintomatología de manera gradual y que está manifestando la enfermedad de manera completa. Ha sido posible el mantenimiento del contacto con una gran proporción de los participantes y también se han podido efectuar estudios de RM funcional seriados, pero todavía no disponemos de los resultados completos.

**Tabla 2** Puntuación mayor obtenida en la Present State Examination (PSE) por los participantes de riesgo alto y por los controles sanos

Puntuación mayor obtenida en la PSE	Riesgo alto (% válido) (n = 162)	Individuos sanos de control (% válido) (n = 39)*
0	40 (25,8 %)	26 (68,4 %)
1	36 (23,2 %)	8 (21,1 %)
2	51 (32,9 %)	1 (2,6 %)
3	10 (6,5 %)	3 (7,9 %)
4	18 (11,6 %)	0

\* Durante la segunda fase de 5 años del estudio se incluyeron tres nuevos participantes en el grupo de control debido a que inicialmente parecía que no iba a ser posible mantener el contacto con todos los participantes de este grupo. Finalmente, si fue posible mantener el contacto (véase la tabla 3)

**Tabla 3** Situación actual de todos los participantes en el estudio

Situación actual	Participantes de riesgo alto (n = 162)	Individuos sanos de control (n = 39)
Datos completos en la PSE	101	26
Su médico general dice que están sanos	16	2
Abandonaron el estudio	9	1
La familia o el participante dicen que están sanos	(8)	
Situación actual desconocida	(1)	
Citados en la actualidad y en el futuro	15	3
Se mudaron/datos no disponibles	1	-
Pérdida de contacto	20*	7*

\* Estas cifras están siendo disminuidas debido a la aplicación de métodos activos de seguimiento

## RESULTADOS

Según la tabla 1, es evidente que los participantes en los tres grupos presentan una buena equiparación, aparte del hecho de que en el grupo de primer episodio esquizofrénico fue menor el número de mujeres. Este desequilibrio era esperado en una muestra de la edad considerada, dado que las mujeres manifiestan la enfermedad en una etapa ligeramente más tardía que los hombres (8). La clase social denominada no clasificable y adjudicada a alguno de los participantes en el grupo de control de esquizofrénicos se debe al hecho de que se obtuvo una información menor respecto a las familias de estos participantes en comparación con la obtenida respecto a los familiares de los participantes en los otros dos grupos. La diferencia en la clase social no es significativa, pero la observación de que los participantes de riesgo alto parecen pertenecer a una clase laboral ligeramente inferior se debe probablemente al hecho de que en un cierto número de casos los padres también presentaban esquizofrenia y su nivel laboral no era muy elevado por esta causa.

En la tabla 2 se puede observar que tanto en el grupo de control como en el grupo de riesgo alto aparecieron síntomas de todo tipo, incluyendo síntomas psicóticos; sin embargo, también se observa que estos síntomas fueron más frecuentes en los participantes de riesgo alto. La esquizofrenia en sí misma sólo se ha diagnosticado en los participantes de riesgo alto (9).

En la actualidad, 18 de los participantes de riesgo alto han desarrollado esquizofrenia, mientras que esto no ha ocurrido en ninguno de los participantes del grupo de control a pesar del hecho de que tres de estos participantes mostraron una valoración de categoría 3 en la PSE (es decir, presentaban sintomatología psiquiátrica aislada). Esta sintomatología no se ha mantenido en los participantes del grupo de control, de manera que en la actualidad todos ellos permanecen libres de sintomatología psicótica. Ha sido posible mantener el contacto con la mayoría de los participantes, tanto de riesgo alto como del grupo de control, incluso a pesar de que el estudio tiene ya en este momento una duración superior a 7 años (tabla 3).

Nuestro objetivo es efectuar una evaluación final de todos los participantes en el año 2003. En lo que se refiere a las evaluaciones efectuadas hasta el momento, en la tabla 4 se puede observar que, además de las diferencias ya señaladas en los hallazgos psicopatológicos, en los participantes de riesgo alto se han detectado niveles relativamente bajos de rendimiento neuropsicológico. En algunas pruebas realizadas, este rendimiento menor está relacionado con el grado de relación genética, de manera que los participantes con una relación genética mayor son los que presentan un rendimiento peor. Esta alteración del rendimiento neuropsicológico se observa en una proporción de participantes de riesgo alto superior a la que se espera que desarrollen esquizofrenia (10,11). Los participantes que han desarrollado sintomatología psicótica muestran alteraciones similares a las observadas en otros participantes de riesgo alto al inicio del estudio, pero han sufrido un deterioro mayor a medida que se aproxima la manifestación de la psicosis (12). En lo que se refiere a la estructura cerebral, los participantes de riesgo alto han presentado una disminución del volumen de la amígdala, el hipocampo y el tálamo, en comparación con los controles, y esta diferencia ya se observó al inicio del estudio. Algunas de las alteraciones estructurales se han asociado al grado de relación genética, como la desviación mayor respecto a los hallazgos observados en los participantes del grupo de control en los pacientes cuya relación genética es mayor (7,13). En los participantes que están desarrollando sintomatología psiquiátrica, se observa también una disminución en el volumen de los lóbulos temporales (14). Así, hasta el momento, las alteraciones neuropsicológicas y de la estructura cerebral se están observando en un porcentaje de participantes superior al que se espera desarrolle esquizofrenia y, en cierta medida, estas alteraciones están asociadas al grado de relación genética. A medida que se aproxima la aparición manifiesta de la psicosis es mayor el deterioro de estos participantes.

En la tabla 5 se puede observar que los parámetros de la personalidad y del comportamiento, tanto los evaluados en la

**Tabla 4** Resultados principales hasta el momento

Psicopatología	Todos los aspectos psicopatológicos son más frecuentes en los participantes de riesgo alto que en los individuos sanos de control; sólo se han vado casos de esquizofrenia en el grupo de participantes de riesgo alto
Neuropsicología	Los participantes de riesgo alto han presentado un rendimiento inferior al de los controles en todas las pruebas de función intelectual y en los aspectos de función ejecutiva y de memoria; con respecto a lo segundo, se observa una asociación con la relación genética. Deterioro funcional progresivo en los participantes con sintomatología psicótica
Estructura cerebral determinada mediante resonancia magnética	Los participantes de riesgo alto han presentado un volumen de la amígdala, el hipocampo y el tálamo inferior al de los individuos sanos de control, así como un volumen de la amígdala y el hipocampo mayor que los participantes con esquizofrenia Asociación entre los volúmenes de la corteza prefrontal y el tálamo con el grado de relación genética. Los participantes de riesgo alto con sintomatología psicótica muestran una reducción en el volumen de los lóbulos temporales

**Tabla 5** Resultados adicionales

Rasgos de comportamiento durante la niñez (señalados por la madre)	Algunos comportamientos (sobre todo el comportamiento de retraimiento y de agresividad) entre los 13 y 16 años de edad son factores predictivos significativos de la aparición de sintomatología psicótica y de enfermedad esquizofrénica en etapas posteriores de la vida
Rasgos esquizotípicos (determinados en las entrevistas con el psiquiatra)	La combinación de características esquizotípicas (incluyendo la sintomatología psicótica de retraimiento, la disfunción socioemocional y el comportamiento extraño) tiene valor predictivo respecto a la aparición de esquizofrenia. Estas características no son predictivas a nivel individual
Rasgos cognitivos esquizopáticos valorados por los propios participantes	Las puntuaciones totales se han asociado de manera intensa a la presencia de síntomas psicóticos mientras que los participantes que han presentado estas puntuaciones muestran un aumento en el riesgo de esquizofrenia
Índices de desarrollo neurológico	Las anomalías físicas menores son más frecuentes en los participantes de riesgo alto que en los controles. Sin asociación con la sintomatología psicótica o con la relación genética
Hipertelorismo	La distancia entre los cristalinios y las órbitas es mayor en los esquizofrénicos que han sufrido un primer episodio y en los participantes de riesgo alto, en comparación con los individuos sanos de control, pero estos parámetros no se han asociado a la sintomatología psicótica ni a la relación genética
Consumo de drogas y acontecimientos vitales	Asociación del consumo de derivados del cannabis (hachís, marihuana, etc.) o de otras drogas con la aparición de sintomatología psicótica tanto en los participantes de riesgo alto como en los individuos sanos de control. Asociación entre los acontecimientos vitales y la sintomatología psicótica

entrevista efectuada al paciente, como los señalados por la madre los detectados en la autovaloración efectuada por los propios participantes, tienen valor predictivo respecto al desarrollo de sintomatología psicótica y de esquizofrenia (15-17). Los participantes de riesgo alto muestran una frecuencia mayor de alteraciones en el desarrollo neurológico, incluyendo hipertelorismo, en comparación con el grupo control; sin embargo, estos parámetros no muestran asociación con la relación genética (18,19). La relación genética es claramente importante, pero en esta muestra seleccionada en función de una relación genética excepcionalmente alta, existen otros factores distintos de los genéticos (p. ej., el consumo de drogas y los acontecimientos vitales) que son importantes para la aparición de la sintomatología psicótica (20). Así, en grupos de pacientes como el estudiado, los genes no lo son todo.

## DISCUSIÓN

En este artículo se recoge un resumen breve de los hallazgos observados en un estudio complejo y de gran duración. En el momento presente, nuestra interpretación es que lo que reciben por vía hereditaria estos pacientes con incremento de la relación genética es un rasgo de vulnerabilidad frente a la esquizofrenia que no necesariamente se va a manifestar en forma de una enfermedad psicótica. Los resultados de este estudio todavía no se han completado debido a que el estudio en sí mismo no ha finalizado, pero parece probable que en grupos de participantes como el evaluado sea posible predecir con precisión cuáles son las personas que presentan un riesgo especialmente elevado de

sufrir esquizofrenia y cuáles son las personas que no presentan este riesgo. Es importante destacar el hecho de que algunos de los participantes con una relación genética intensa son completamente sanos (21). También es importante tener en cuenta que, al menos en cierta medida, las variables externas evitables como el consumo de drogas y los acontecimientos vitales principales son importantes para la aparición de la enfermedad. Según los resultados obtenidos con las técnicas de imagen, y teniendo en cuenta que los resultados de las técnicas de imagen funcional se están empezando a obtener en este momento, es evidente que en este estudio se va a conseguir información importante acerca de la fisiopatología de la esquizofrenia. Además, también se demuestra que antes de que se manifieste la psicosis pueden aparecer alteraciones en el rendimiento neuropsicológico y, por tanto, manifestaciones psicopatológicas. Algunas de estas alteraciones pueden ser evitables, de manera que en este estudio es posible que se obtenga información relativa a nuevas formas efectivas de intervención. Ciertamente, los resultados ya obtenidos sugieren nuevas posibilidades de tratamiento.

## Agradecimientos

Este estudio ha sido patrocinado por un programa de ayudas del Medical Research Council. Se ha realizado con la aprobación de los comités de ética de las áreas de Escocia en las que vivían los participantes. Agradecemos a los participantes y a sus familias su generoso compromiso con este proyecto, y a Norma Brearley su cuidadosa preparación del original de este artículo.

*World Psychiatry* 2003; 2: 45-49

## Bibliografia

1. Jablensky A. Schizophrenia: recent epidemiologic issues. *Epidemiol Rev* 1995;17:10-20.
2. Weinberger DR. From neuropathology to neurodevelopment. *Lancet* 1995;346:552-7.
3. Cannon TD, Mednick SA. The schizophrenia high-risk project in Copenhagen: three decades of progress. *Acta Psychiatr Scand* 1993;370(Suppl.):33-47.
4. Mirsky AF, Kugelmass S, Ingraham LJ et al. Overview and summary: twenty-five-year followup of high-risk children. *Schizophr Bull* 1995;21:227-39.
5. Erlenmeyer-Kimling L, Rock D, Squires-Wheeler E et al. Early life precursors of psychiatric outcomes in adulthood in subjects at risk for schizophrenia or affective disorders. *Psychiatry Res* 1991;39:239-56.
6. Wing JK, Cooper JE, Sartorius N. The description and classification of psychiatric symptoms. An instruction manual for the PSE and Catego systems. Cambridge: Cambridge University Press, 1974.
7. Lawrie SM, Whalley HC, Abukmeil SS et al. Brain structure, genetic liability and psychotic symptoms in subjects at high risk of developing schizophrenia. *Biol Psychiatry* 2001;49:811-23.
8. Hafner H, Maurer K, Löffler W et al. The influence of age and sex on the onset and early course of schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1993;162:80-6.
9. Johnstone EC, Abukmeil SS, Byrne M et al. Edinburgh high risk study - Findings after four years. Demographic, attainment and psychopathological issues. *Schizophr Res* 2000;46:1-15.
10. Byrne M, Hodges A, Grant E et al. Neuropsychological assessment of young people at high genetic risk for developing schizophrenia compared with controls: preliminary findings of the Edinburgh High Risk Study (EHRS). *Psychol Med* 1999;29:1161-73.
11. Byrne M, Clafferty BA, Cosway R et al. Neuropsychological function and schizophrenia risk. *J Abnorm Psychol* (in press).
12. Cosway R, Byrne M, Clafferty R et al. Neuropsychological change in young people at high risk for schizophrenia: results from the first two neuropsychological assessments of the Edinburgh High Risk Study. *Psychol Med* 2000;30:1111-21.
13. Lawrie SM, Whalley H, Kestelman JN et al. Magnetic resonance imaging of brain in people at high risk of developing schizophrenia. *Lancet* 1999;353:30-3.
14. Lawrie SM, Whalley HC, Abukmeil SS et al. Temporal lobe volume changes in subjects at high risk of schizophrenia with psychotic symptoms. *Br J Psychiatry* 2002;181:138-43.
15. Miller PM, Byrne M, Hodges A et al. Childhood behaviour, psychotic symptoms and psychosis onset in young people at high risk of schizophrenia: early findings from the Edinburgh high risk study. *Psychol Med* 2002;32:173-9.
16. Miller P, Byrne M, Hodges A et al. Schizotypal components in people at high risk of developing schizophrenia: early findings from the Edinburgh High-Risk Study. *Br J Psychiatry* 2002;180:179-84.
17. Miller PM, Lawrie SM, Byrne M et al. Self-rated schizotypal cognitions, psychotic symptoms and the onset of schizophrenia in young people at high risk of schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 2002;105:341-5.
18. Lawrie SM, Byrne M, Miller P et al. Neurodevelopmental indices and the development of psychotic symptoms in subjects at high risk of schizophrenia. *Br J Psychiatry* 2001;178:524-30.
19. Boyes J, Whalley HC, Lawrie SM et al. A MRI study of ocular hypertelorism in individuals at high risk of developing schizophrenia. *Schizophr Res* 2001;50:1-2.
20. Miller P, Lawrie SM, Hodges A et al. Genetic liability, illicit drug use, life stress and psychotic symptoms: preliminary findings from the Edinburgh study of people at high risk for schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2001;36:338-42.
21. Johnstone EC, Cosway R, Lawrie SM. Distinguishing characteristics of subjects with good and poor early outcome in the Edinburgh High Risk Study. *Br J Psychiatry* 2002;181(Suppl. 43): 526-9.

# Reacciones de estrés agudo en las víctimas del terremoto de Atenas de 1999: perfil de las personas que solicitan ayuda

GEORGIOS N. CHRISTODOULOU, THOMAS J. PAPARRIGOPOULOS, CONSTANTIN R. SOLDATOS

Department  
of Psychiatry,  
Eginition Hospital,  
74 Vasilissis Sophias  
Avenue, 11528 Athens,  
Greece

Los desastres naturales influyen de manera adversa en la vida de grandes grupos de población, alteran su tejido social y causan un daño económico enorme; en consecuencia, representan una experiencia traumática grave que se acompaña de las alteraciones psicopatológicas consiguientes (1-5). En el caso de los terremotos, esta secuencia ha sido demostrada de manera repetida por diversos grupos de investigación (6-18). Sin embargo, los estudios de investigación se han efectuado principalmente sobre las consecuencias psicológicas a largo plazo de los terremotos (6-18), mientras que los efectos psicológicos inmediatos de los mismos no se han investigado de manera sistemática. No obstante, las primeras reacciones psicológicas frente a los acontecimientos vitales estresantes podrían anunciar la aparición final de un trastorno de estrés posttraumático (TEP) (19,20), que representa un proceso a menudo incapacitante y de evolución crónica.

Los terremotos constituyen un tipo frecuente de desastre natural en Grecia. La razón es que Grecia se encuentra en una zona de gran actividad sísmica. El terremoto que afectó a la zona metropolitana de Atenas el 7 de septiembre de 1999 tuvo una magnitud de 5,9 en la escala Richter y fue el segundo más intenso ocurrido en los últimos 20 años; realmente, en algunas áreas residenciales, dio lugar a pérdidas materiales y humanas considerables. El terremoto principal fue seguido por numerosas sacudidas de magnitud menor, con una duración en conjunto de varias semanas. Fallecieron 152 personas; además, fue necesaria la evacuación de más de 25.000 personas, sobre todo para su ubicación en tiendas de campaña cercanas a su lugar de residencia, mientras que otros pocos miles más de personas se mudaron de manera permanente a otras áreas.

El objetivo principal de este estudio ha sido la evaluación del diagnóstico de reacción de estrés agudo según los criterios de la Clasificación Internacional de Enfermedades-10 (CIE-10) (21) en las personas que solicitaron ayuda en un servicio de atención psicológica puesto a disposición de las víctimas del terremoto. Un objetivo adicional fue la evaluación del efecto de ciertos factores de riesgo que pueden predisponer a la aparición de una reacción de estrés aguda en las víctimas de los desastres.

## MÉTODOS

Casi de manera inmediata después del terremoto de 1999 en Atenas, se movilizó el servicio especial de apoyo psicológico a las víctimas de terremotos del departamento de Psiquiatría de la Universidad de Atenas. Los miembros de este servicio constituyeron tres unidades de apoyo psicosocial (UAPS), dos de las cuales se localizaron en la zona perifé-

rica metropolitana de Atenas y la tercera en el Eginition Hospital (la localización principal del departamento de Psiquiatría en el centro de Atenas). El objetivo principal fue la ayuda a las víctimas de la experiencia traumática, la intervención para las crisis de estas personas o ambas, a solicitud de las mismas. Sin embargo, otro objetivo importante fue la investigación del impacto psicológico agudo de esta situación catastrófica sobre las personas que solicitaron ayuda psicológica.

Durante las 6 semanas en las que estuvieron operativas las tres unidades citadas, un total de 159 personas estableció contacto con el personal de las mismas. El intervalo medio entre el acontecimiento catastrófico y el momento de la evaluación de cada una de estas personas fue de  $8,2 \pm 4,4$  días (intervalo, 2-22 días). Por razones logísticas y de otro tipo, 57 personas establecieron un contacto muy breve con el personal de las UAPS, lo que no permitió una evaluación de las mismas con el detalle suficiente requerido para su participación en este estudio. Así, sólo se investigaron clínicamente 102 personas. Las valoraciones las llevó a cabo un equipo de psiquiatras, tras la obtención del consentimiento de dichas personas.

Se registraron las variables sociodemográficas (sexo, edad, nivel socioeconómico, nivel educativo, situación familiar, propiedad o alquiler de la vivienda y condiciones de residencia). También se obtuvieron datos sobre el tipo e intensidad de cualquier lesión personal o familiar, material o física, que hubieran podido sufrir, sobre sus antecedentes de exposición a otros acontecimientos catastróficos fuertemente estresantes, sobre el grado de exposición al terremoto actual y sobre los posibles antecedentes de enfermedad mental.

El diagnóstico de reacción de estrés agudo se efectuó a través de una entrevista clínica semiestructurada fundamentada en los criterios diagnósticos de la CIE-10. Se valoraron 35 elementos de carácter dicotómico, es decir, a responder como presentes o ausentes. Estos elementos se estructuraron en ocho grupos: síntomas de excitación del sistema nervioso autónomo (taquicardia, palpitaciones, latido cardíaco intenso, sudación profusa, temblores o agitación, sequedad de boca), síntomas torácicos o abdominales (dificultades para respirar, sensación de ahogo, dolor o molestias torácicas, náuseas o molestias abdominales), síntomas de tipo mental (sensación de vértigo, inestabilidad, mareo o aturdimiento, desrealización o despersonalización, temor a la pérdida de control, temor a morir), síntomas generales (sofocos o escalofríos, sensación de entumecimiento u hormigueos), síntomas de tensión (tensión o dolores y molestias musculares, inquietud e incapacidad para la relajación, sensación de bloqueo o tensión mentales, dificultades con la deglución), síntomas diso-

ciativos (sensación disociativa o fenómenos motores, comportamiento dramático), otros «síntomas psíquicos» (retraimiento respecto a las interacciones sociales esperadas, concentración de la atención, desorientación aparente, rabia o agresión verbal, desesperación o falta de esperanza, hiperactividad inapropiada, lamentos incontrolados y excesivos) y otros síntomas inespecíficos (sobresalto, dificultades de concentración, irritabilidad persistente, dificultades para conciliar el sueño). Además, la reacción de estrés aguda fue valorada como leve, moderada o intensa, según los criterios de gravedad de la CIE-10.

Para el manejo estadístico de los datos, se realizaron comparaciones paramétricas (prueba de la t) y no paramétricas (prueba de la chi cuadrado o de Kruskal-Wallis) entre los grupos.

## RESULTADOS

### Características sociodemográficas

En los 102 participantes incluidos en el estudio, el 18,5 % era de sexo masculino y el 81,5 % de sexo femenino. Su edad media era de  $41,9 \pm 13,9$  años (rango, 18,75 años). En la mayoría de los casos, los participantes estaban casados (88 %) y tenían hijos (80 %); además, la mayor parte de ellos (76,3 %) tenía experiencias previas de situaciones catastróficas. A pesar de que el 97 % de los participantes señaló que estaba dentro de su casa durante el terremoto, sólo dos de ellos presentaban lesiones de carácter leve. El 90 % de los hogares de los participantes había sufrido daños reparables, mientras que el 10 % había presentado daños intensos que posiblemente obligarían a la reconstrucción. En el momento de la entrevista, todos los participantes señalaron que habían sido evacuados de manera temporal hacia tiendas de campaña.

### Diagnóstico de la reacción de estrés agudo y prevalencia de su sintomatología

De los 102 participantes en el estudio, 87 (85,3 %) cumplían los criterios de la CIE-10 de la reacción de estrés agudo (30 de grado leve, 29 de grado moderado y 28 de grado intenso). Los 15 participantes restantes (14,7 %) no cumplían los criterios de reacción de estrés agudo aunque presentaban algunos síntomas de excitación del sistema nervioso autónomo. En la totalidad de la muestra, los síntomas de mayor prevalencia fueron los «síntomas inespecíficos de respuesta de estrés» (es decir, respuesta de sobresalto exagerada, 77,5 %; dificultades para conciliar el sueño debido a la preocupación, 75,5 %; dificultades de concentración, 58,2 %) y los «síntomas de excitación del sistema nervioso autónomo» (es decir, latido cardíaco intenso, 69,0 %; temblores, 68,0 %; sequedad de boca, 62,2 %), mientras que los síntomas de menor prevalencia fueron los «síntomas disociativos» (es decir, pérdida de la capacidad de realización de movimientos, 10,3 %; pérdida de la capacidad de habla, 6,2 %; pérdida de la visión o la audición, 0 %).

### Factores relacionados con la aparición de la reacción de estrés agudo y de su sintomatología

No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los hombres y las mujeres respecto a la presencia del diagnóstico de reacción de estrés agudo (89,5 % de los hombres y 84,3 % de las mujeres), ni tampoco respecto a sus síntomas individuales. De la misma manera, la edad de los par-

ticipantes no fue un factor significativo respecto a la presencia del diagnóstico de reacción de estrés agudo ( $41,4 \pm 14,0$  años en los participantes en los que se estableció el diagnóstico y  $43,8 \pm 13,0$  años en los que no se estableció), así como tampoco lo fue ninguno de sus síntomas individuales.

Las variables sociodemográficas, los factores relacionados con el terremoto actual o la presencia de una enfermedad mental no fueron significativamente diferentes en las personas con y sin el diagnóstico de reacción de estrés agudo. La única diferencia estadísticamente significativa observada entre los dos grupos fue el antecedente de exposición previa a una situación catastrófica estresante (81 % en los que sí tenían este antecedente y 50 % en los que carecían de él,  $p < 0,05$ ).

### Factores relacionados con la gravedad de la reacción de estrés agudo

El análisis de la prueba de Kruskal-Wallis demostró que en el grupo de pacientes en los que se estableció el diagnóstico de reacción de estrés agudo ( $n = 87$ ) no existieron diferencias significativas entre los tres subgrupos establecidos según la gravedad (leve, moderada e intensa) con respecto a las variables sociodemográficas, los factores relacionados con el terremoto actual o el antecedente de enfermedad mental. Sin embargo, los participantes que tenían antecedentes de exposición a una situación catastrófica estresante mostraron una tendencia significativamente mayor al padecimiento de una reacción intensa de estrés agudo ( $p < 0,05$ ).

## DISCUSIÓN

En este estudio se ha evaluado la aparición de una reacción de estrés agudo en las víctimas de un terremoto que solicitaron ayuda en una unidad especial de apoyo psicosocial. En consecuencia, sus resultados no se pueden comparar con los obtenidos en estudios epidemiológicos efectuados en el ámbito comunitario. Sin embargo, estos resultados sí permiten realizar observaciones útiles acerca del perfil psicológico de las personas que solicitan ayuda en este tipo de situaciones. La definición de este perfil puede ser crucial para la detección temprana de la reacción de estrés agudo y para la evaluación de su nivel de gravedad por parte de los profesionales. Así, se facilitaría el tratamiento adecuado de los casos, un requisito previo para la prevención de los trastornos crónicos e incapacitantes relacionados con el estrés.

En nuestro grupo de estudio, la mayor parte de los participantes (85 %) que solicitaron ayuda a la UASP tras el terremoto presentaba los criterios de la CIE-10 de la reacción de estrés agudo. Incluso en el 15 % restante existían algunos síntomas de estrés agudo, sobre todo síntomas de excitación excesiva del sistema nervioso autónomo. En los participantes en los que se estableció el diagnóstico de reacción de estrés agudo, los síntomas observados con mayor frecuencia fueron síntomas «inespecíficos» de respuesta de estrés y de excitación excesiva del sistema nervioso autónomo. Estos síntomas constituyen básicamente una reacción inmediata y potencialmente transitoria frente a cualquier experiencia de tipo traumático y muestran un solapamiento considerable con la respuesta emocional y del comportamiento normal frente al estrés. La prevalencia de los síntomas disociativos, que según el DSM-IV son necesarios para el diagnóstico del trastorno de estrés agudo, fue bastante baja en nuestro grupo de estudio. Este resultado es congruente con lo observado en varios estudios en

los que se ha cuestionado la significación diagnóstica de los síntomas disociativos agudos tras un episodio traumático respecto al establecimiento del diagnóstico de trastorno de estrés agudo, poniendo en duda, por tanto, los requerimientos diagnósticos del DSM-IV (22-24).

Al contrario de los resultados obtenidos en estudios previos, en el nuestro no se observaron diferencias significativas entre los participantes que desarrollaron una reacción de estrés agudo y los que no la desarrollaron, en relación con la mayor parte de las variables que se ha señalado influyen en los mecanismos de ajuste tras un desastre. Estas variables son el sexo, la edad, la situación conyugal y familiar, la ocupación laboral, el nivel educativo, los acontecimientos vitales (incluyendo las experiencias previas con situaciones catastróficas), los antecedentes de enfermedad psiquiátrica, las características de la personalidad y los factores relacionados con el propio episodio traumático (intensidad, duración, grado de exposición) (25-27). En nuestro estudio, la única de las variables evaluadas que fue diferente entre los participantes que desarrollaron una reacción de estrés agudo y los que no la desarrollaron fue la experiencia previa con una situación catastrófica similar, y esta variable también fue diferente entre los participantes que presentaron grados distintos de intensidad de la reacción de estrés agudo. Este resultado concuerda con los resultados obtenidos en otros estudios (28,29) y con los obtenidos también en una encuesta epidemiológica a gran escala efectuada recientemente (30), en los cuales se demuestra que el estrés acumulativo y la exposición previa a acontecimientos vitales estresantes son factores de riesgo significativos para la aparición de síndromes postraumáticos, más que el padecimiento de un única experiencia traumática reciente. La ausencia de efectos significativos por parte de los demás factores sociodemográficos puede ser debida a la naturaleza de la muestra evaluada en nuestro estudio, como eran personas que buscaban ayuda, en casi todas se podía esperar una puntuación psicopatológica elevada que pudo crear un «efecto techo» respecto a cualquier otro factor.

El hallazgo principal de nuestro estudio ha sido que las primeras reacciones frente a un acontecimiento traumático importante, como puede ser un terremoto catastrófico, son principalmente síntomas «inespecíficos» de respuesta frente al estrés y síntomas de excitación excesiva del sistema nervioso autónomo. La elevada prevalencia de estos síntomas y la frecuencia relativamente baja de otras manifestaciones agudas más específicas de estrés en respuesta al traumatismo, sobre todo la sintomatología disociativa, presentan una concordancia mayor con el concepto de reacción de estrés agudo recogido en la CIE-10, concepto en el que se considera una gama más amplia de respuestas peritraumáticas en comparación con el DSM-IV, en el que los síntomas disociativos y relacionados con el TEPT dominan el patrón sintomático del trastorno de estrés agudo. Los síntomas postraumáticos iniciales ya mencionados, junto con la experiencia previa de un acontecimiento estresante, definen a la mayor parte de las personas que desarrollan una reacción de estrés agudo. Por tanto, la identificación de los pacientes fuertemente sintomáticos con antecedentes previos de exposición a una situación catastrófica debe constituir una prioridad para los equipos sanitarios y el personal de apoyo psicológico, con objeto de llevar a cabo las medidas apropiadas de intervención y de prevención.

#### Agradecimientos

Los siguientes médicos realizaron una contribución imprescindible en la recogida de datos: Dres. G. Trikkas, V. To-

maras, D. Ploumbides, M. Economou, A. Pechlivanides, I. Zervas, A. Hatzakis, D. Pappa y M. Theodoropoulou. El Dr. D. Pappa también contribuyó al análisis de los datos.

*World Psychiatry 2003; 2: 50-53*

#### Bibliografía

- Horowitz M. Disasters and psychological responses to stress. *Psychiatr Ann* 1985;15:161-7.
- McFarlane AC. Relationships between psychiatric impairment and a natural disaster: the role of distress. *Psychol Med* 1988;18:129-39.
- Green BL. Evaluating the effects of disasters. *J Consult Clin Psychol* 1991;3:538-46.
- Green BL, Lindy J. Post-traumatic stress disorder in victims of disasters. *Psychiatr Clin North Am* 1994;1:301-9.
- Ursano RJ, McCaughey BG, Fullerton CS. Individual and community responses to trauma and disaster. Cambridge: Cambridge University Press, 1994.
- Bland SH, O'Leary ES, Farinero E et al. Social network disturbances and psychological distress following earthquake evacuation. *J Nerv Ment Dis* 1997;185:188-94.
- Lima BR, Pai S, Santacruz H et al. Screening for the psychological consequences of a major disaster in a developing country: Armero, Colombia. *Acta Psychiatr Scand* 1987;76:561-7.
- Papadatos Y, Nikou K, Potamianos G. Evaluation of psychiatric morbidity following an earthquake. *Int J Soc Psychiatry* 1990; 36:131-6.
- Pynoos RS, Goenjian A, Tashjian M et al. (1993) Post-traumatic stress reactions in children after the 1988 Armenian earthquake. *Br J Psychiatry* 1993;163:239-47.
- Karanci AN, Rustemli A. Psychological consequences of the 1992 Erzincan (Turkey) earthquake. *Disasters* 1995;19:8-18.
- Kato H, Asukai N, Miyake Y et al. Post-traumatic symptoms among younger and elderly evacuees in the early stages following the 1995 Hanshin-Awaji earthquake in Japan. *Acta Psychiatr Scand* 1996;93:477-81.
- Sharan P, Chaudhary G, Kavathekar S et al. Preliminary report of psychiatric disorders in survivors of a severe earthquake. *Am J Psychiatry* 1996;153:556-8.
- Carr VJ, Lewin TJ, Webster RA et al. A synthesis of the findings from the Quake Impact Study: a two-year investigation of the psychosocial sequelae of the 1989 Newcastle earthquake. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1997;32:123-36.
- Lewin TJ, Carr VJ, Webster RA. Recovery from post-earthquake psychological morbidity: who suffers and who recovers? *Aust N Zeal J Psychiatry* 1998;32:15-20.
- Fukuda S, Morimoto K., Mure K et al. Effect of the Hanshin-Awaji earthquake on posttraumatic stress, lifestyle changes, and cortisol levels of victims. *Arch Environ Health* 2000;55:121-5.
- Goenjian AK, Steinberg AM, Najarian LM et al. Prospective study of posttraumatic stress, anxiety, and depressive reactions after earthquake and political violence. *Am J Psychiatry* 2000;157:911-6.
- Knight BG, Gatz M, Heller K et al. Age and emotional response to the Northridge earthquake: a longitudinal analysis. *Psychol Aging* 2000;15:627-34.
- Wang X, Gao L, Shinfuku N et al. Longitudinal study of earthquake-related PTSD in a randomly selected community sample in north China. *Am J Psychiatry* 2000;157:1260-6.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed. Washington: American Psychiatric Press, 1994.
- Classen C, Koopman C, Hales R et al. Acute stress disorder as a predictor of posttraumatic stress symptoms. *Am J Psychiatry* 1998;155:620-4.
- World Health Organization. The ICD-10 classification of mental

- and behavioural disorders. Diagnostic criteria for research. Geneva: World Health Organization, 1993.
22. Dancu CV, Riggs D, Hearst-Ikeda D et al. Dissociative experiences and posttraumatic stress disorder among female victims of criminal assault and rape. *J Traumatic Stress* 1996;9:253-67.
  23. Shalev AY, Freedman S, Peri T et al. Predicting PTSD in trauma survivors: prospective evaluation of self-report and clinician-administered instruments. *Br J Psychiatry* 1997;170:558-64.
  24. Marshall R, Spitzer R, Liebowitz M. Review and critique of the new DSM-IV diagnosis of acute stress disorder. *Am J Psychiatry* 1999;156:1677-85.
  25. McFarlane AC. The aetiology of post-traumatic morbidity: predisposing, precipitating and perpetuating factors. *Br J Psychiatry* 1989;154:221-8.
  26. Green BL. Psychosocial research in traumatic stress: an update. *J Traumatic Stress* 1994;7:341-62.
  27. Paris J. Predispositions, personality traits, and posttraumatic stress disorder. *Harv Rev Psychiatry* 2000;8:175-83.
  28. McFarlane AC. The prevalence and longitudinal course of PTSD: implications for the neurobiological models of PTSD. *Ann NY Acad Sci* 1997;821:10-23.
  29. Breslau N, Chilcoat HD, Kessler RC et al. Previous exposure to trauma and PTSD effects of subsequent trauma: results from the Detroit Area Survey of Trauma. *Am J Psychiatry* 1999;156:902-7.
  30. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E et al. Epidemiological risk factors for trauma and PTSD. In: Yehuda R (ed). *Risk factors for posttraumatic stress disorder*. Washington: American Psychiatric Press, 1999:25-39.

## La salud mental y la asistencia sanitaria mental en América Latina

RENATO D. ALARCÓN

Department  
of Psychiatry and  
Psychology, Mayo  
Clinic, Rochester,  
MN 55905, USA

América Latina incluye en términos geopolíticos 13 países en América del Sur, 6 en Centroamérica, Méjico, y 13 ubicados en la Cuenca del Caribe. Su población total alcanza los 513 millones de personas, el 60 % de las cuales (casi 346 millones) vive en América del Sur (siendo Brasil, Argentina y Colombia los más poblados) y el 20 % (casi 99 millones) en México; Guatemala tiene la cifra más alta en Centroamérica (11 millones), y Cuba (11 millones), la República Dominicana y Haití (8 millones cada uno) sobrepasan al resto de los países del Caribe. El español es el idioma oficial en 17 países de la región, el portugués lo es en Brasil (con casi el 30 % de la población total), y el francés, el inglés, el flamenco y una variedad de dialectos se hablan en los 13 países restantes, en particular en los del Caribe. Se dice que más del 90 % de la población es católica, pero en los decenios más recientes, las iglesias protestantes parecen estar avanzando significativamente, aunque las religiones y los cultos populares son practicados todavía por unos 15 millones de personas en las áreas rurales y aisladas del subcontinente.

Más del 40 % de la población latinoamericana tenía 15 o menos años de edad en el año 2000, mientras las personas de 60 años o mayores constituían hasta el 10 % del total. Las mujeres tienen casi 6 años más de esperanza de vida que los hombres (74,1 frente a 68,7). Se calcula que tanto los hombres como las mujeres de esta zona ya han perdido al menos 10 años de vida en el momento de su nacimiento, en comparación con las personas que nacen en Europa y América del Norte. Este cuadro demográfico, publicado por la Organización Mundial de la Salud (1), tiene lugar en un contexto en el que, en las zonas urbanas, aproximadamente el 36 % de la población latinoamericana vive por debajo de los niveles de pobreza y en las zonas rurales, el 10 %. Algunos países, como Honduras, alcanzan un 74 % en este parámetro, en contraposición a Chile o Costa Rica, que alcanzan un 20 % o menos. Todo ello resalta las extraordinarias disparidades de riqueza y de ingresos económicos que existen en todo el subcontinente: la mayoría de las personas se enfrenta a una privación económica significativa estrechamente relacionada con la escasez de los mercados del trabajo, los niveles educativos bajos (sólo el 15 a 20 % de la población total consigue un título universitario), la infraestructura social deficiente y la estabilidad política débil.

Más de la mitad (54,9 %) de los gastos sanitarios los origina el sector público. El sector de seguridad social es fuerte en Méjico (70,4 %) y casi inexistente en la subregión del Caribe (3 %). Sin embargo, la mayoría de los países latinoamericanos dedica menos del 2 % de su presupuesto sanitario total a la salud mental, multiplicando por tanto una imagen ya de por sí triste constituida por situaciones diarias de estrés de todas las clases (desde migracio-

nes internas masivas a una «epidemia oculta» de violencia doméstica o de desasosiego sociopolítico al riesgo siempre presente de desastres naturales). Aún peor, las precarias asignaciones presupuestarias están principalmente dedicadas a los casos crónicos, lo que deja unos recursos muy insuficientes para la atención ambulatoria. Esta situación se agrava por las características culturales profundamente arraigadas, en particular aquéllas relacionadas con la vergüenza y la culpa por la existencia de casos de enfermedades mentales entre las familias, los modelos distorsionados de búsqueda de ayuda, las creencias religiosas y populares acerca de las causas y el tratamiento, y la falta de disponibilidad clara de los servicios de salud mental apropiados (2). Esto último lleva a las violaciones ostensibles de los derechos humanos de los pacientes y de las familias, aún más evidentes si tenemos en cuenta aspectos como las deficiencias flagrantes en las instalaciones de los centros psiquiátricos donde se alojan los pacientes, o las ofensas de todo tipo contra la dignidad humana de los pacientes (calidad de los alimentos o de la ropa de cama, anonimato, tratamiento inadecuado evidente u oculto, abandono social, falta de actividades organizadas).

En varios estudios epidemiológicos efectuados en la región se ha observado una prevalencia uniforme de un 18-25 % de trastornos mentales en el ámbito comunitario, y de hasta un 27-48 % en el entorno clínico (3). En los niños y adolescentes, se detecta entre un 12 y un 29 % de enfermedades diagnosticadas o diagnosticables. Para el año 2010 se prevén 35 millones de nuevos casos por año; esto dará lugar a un hacinamiento en los establecimientos de salud mental y aún será peor si se mantienen los niveles asistenciales actuales (en realidad sólo recibe asistencia 1 de cada 5 pacientes con necesidad de tratamiento). Los riesgos más frecuentes son la depresión y la ansiedad en todas sus variantes clínicas, más los trastornos psicósomáticos y de abuso del alcohol y la drogadicción (esta última con una prevalencia calculada superior al 20 %), además de los denominados trastornos psiquiátricos «principales».

Al aplicar los criterios de Burden of Disease (BD) a las poblaciones latinoamericanas (4,5), el epígrafe de las lesiones intencionadas representa en este subcontinente el 12 % de su cifra mundial total, y se eleva hasta el 29,2 % cuando las lesiones están relacionadas explícitamente con actos de violencia. Además, América Latina muestra un 10,5 % del total mundial de la BD debida a los trastornos neuropsiquiátricos: la depresión unipolar representa un 35,7 % entre las enfermedades psiquiátricas, y el alcoholismo un 18,2 %, seguido de la esquizofrenia (7,8 %), el trastorno bipolar afectivo (6,6 %) y el abuso de sustancias psicótropas (5,6 %). En el año 2000, 18 millones de personas de la región sufrieron graves problemas económicos (desem-

pleo, despido del trabajo, deshaucio, carencia de hogar) a consecuencia de los trastornos mentales clínicamente significativos.

En respuesta a varios pronunciamientos efectuados por las organizaciones internacionales, en particular la Organización Panamericana de la Salud (OPS), que en 1990 volvió a formular –a través de un documento denominado Declaración de Caracas– la filosofía y la orientación de los servicios de salud mental en la región (6,7), el 64,5 % de los países latinoamericanos tiene políticas de salud mental específicas, el 80,6 % ha desarrollado planes y programas, el 67,9 % tiene legislación sanitaria mental específica y el 87,1 % proporciona pensiones de discapacidad para los pacientes psiquiátricos. Lo que no se ha demostrado adecuadamente es si estos instrumentos se ejecutan y utilizan eficazmente. Países como México, Chile, Costa Rica y Brasil han efectuado avances claros en esta materia.

Recientemente, las mismas organizaciones han recalado la necesidad de las políticas descentralizadas, de la participación de la asistencia comunitaria y de la atención primaria como vehículos clave en la provisión de la salud mental, de un enfoque multidisciplinario en la asistencia de los pacientes mentales y de sus familias, de los esfuerzos educativos y de la defensa sostenida de los derechos humanos (8).

Los recursos humanos en salud mental en América Latina son muy escasos. Las cifras calculadas de 1,6 psiquiatras, 2,7 enfermeros psiquiátricos, 2,8 psicólogos y 1,9 asistentes sociales por cada 100.000 personas están muy por debajo de las que hay en Europa o en Estados Unidos. (1,9,10). La mayor concentración de estos profesionales en las áreas metropolitanas deja desatendida al menos al 45 % de la población que requiere esta asistencia. Por otro lado, los pacientes son atendidos en primer lugar por personas no profesionales, en segundo lugar por profesionales sanitarios no psiquiátricos y sólo en último lugar por profesionales de la salud mental. Huelga decir que la cobertura de seguro es mínima, y que los profesionales de la salud mental se encuentran entre los peor pagados de todos los países. Su formación tiene lugar en hospitales insuficientes con cuerpos docentes limitados, escaso equipo y control casi inexistente por los centros académicos o los organismos gubernamentales (11). Por ejemplo, a pesar de un crecimiento ligero en el número absoluto de vocaciones psiquiátricas, el riesgo de emigración de los futuros especialistas es todavía una realidad. Algunos países, como Argentina, Chile, Brasil y Venezuela, están intentando crear consorcios internacionales de formación profesional en la región, aprovechando sus puntos fuertes respectivos y haciendo un mejor uso de las innovaciones tecnológicas (12).

En América Latina hay aproximadamente 3,3 camas psiquiátricas por cada 10.000 habitantes. El 47,6 % de estas camas está en los hospitales psiquiátricos, el 16,8 % en los hospitales generales y el 35,6 % en otros entornos de la comunidad (13). Sólo tres países tienen más de un 50 % de sus camas en los hospitales generales y en entornos residenciales. Por otro lado, el 86,7 % de los países tienen políticas relacionadas con el suministro y la provisión de los agentes psicotrópicos, pero más de la tercera parte de los mismos experimenta problemas significativos en la ejecución real de tales políticas.

En los tres o cuatro últimos decenios, se han realizado esfuerzos significativos para la promoción de la salud mental y la prevención de las enfermedades mentales en varios países latinoamericanos. En Méjico, por ejemplo, los pacientes, las familias y las comunidades han participado en actividades educativas interactivas con ayuda de organizaciones no gubernamentales. La bibliografía también ha documentado las expe-

riencias llevadas a cabo con éxito en países como Brasil, Honduras, Colombia, Venezuela, Argentina, Cuba, Chile y Bolivia (14).

La investigación en salud mental en América Latina ha logrado algunos avances, pero queda mucho por hacer. Brasil, Argentina, México y Chile van por delante en cuanto a recursos y productividad (15), pero los autores mejicanos publican más sistemáticamente a pesar de un presupuesto proporcionalmente inferior en comparación con los otros tres países (20 frente a 60 dólares estadounidenses per cápita en Brasil; en Estados Unidos el presupuesto es de 827 dólares estadounidenses per cápita) (16). Ocho países tienen institutos dedicados teóricamente a la investigación en salud mental, pero sólo uno (Méjico) trabaja sistemáticamente hacia este objetivo. Los otros países pueden tener la infraestructura para ello, pero carecen de las políticas, de las normativas, de los sistemas operativos y del personal cualificado. La ausencia del apoyo financiero sólido por parte del gobierno parece ser la causa de esta desalentadora realidad.

A pesar de todo ello, la psiquiatría latinoamericana ha realizado aportaciones significativas a la investigación, en particular en las áreas de la epidemiología, estudios clínicos, aspectos culturales y psicofarmacología. Existe un debate intenso sobre cuál debe ser el destino de la investigación básica en el subcontinente, con un predominio ligero de los que abogan por una orientación social y clínica más estrechamente relacionada con la difícil situación real de la mayoría (17,18).

Entre las necesidades más urgentes respecto a la salud mental en América Latina, se incluyen las siguientes: a) más apoyo a la prestación asistencial, la formación de los profesionales y la investigación a través de alianzas e iniciativas intersectoriales; b) integración de los servicios de salud mental y atención primaria con fomento de las actividades de promoción y de prevención; c) aumento de los profesionales de salud mental con bases multidisciplinarias y distribución geográfica apropiada; d) difusión de los resultados de las investigaciones aplicadas obtenida en los centros de excelencia de carácter colaborativo de la región; e) ejecución y mejora de las políticas de salud mental eficaces dirigidas hacia una distribución adecuada de los recursos, un establecimiento de las prioridades y una mayor atención pública por respecto a las cuestiones de la salud mental; f) colaboración financiera y apoyo técnico por parte de los organismos y las organizaciones internacionales.

*World Psychiatry 2003; 2: 54-56*

## Bibliografía

1. World Health Organization. The World Health Report 2001. Mental health: new understanding, new hope. Geneva: World Health Organization, 2001.
2. Kirmayer L, Minas H. The future of cultural psychiatry: an international perspective. *Can J Psychiatry* 2000;45:438-46.
3. De Almeida Filho N, Canino G. Epidemiología psiquiátrica. In: Vidal G, Alarcón RD, Lolas F (eds). Enciclopedia iberoamericana de psiquiatría, Vol. 2. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 1995:487-501.
4. Murray CJL, Lopez AD. The global burden of disease. Cambridge: Harvard University Press, 1996.
5. Üstün TB. The global burden of mental disorders. *Am J Publ Health* 1999;89:1315-8.
6. Organización Panamericana de la Salud. Salud para todos en el año 2000. Plan de acción para la instrumentación de las estrategias regionales. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1982.

7. Levav I, Lima BR, Somoza-Lennon M et al. Salud mental para todos en América Latina y el Caribe. Bases epidemiológicas para la acción. *Bol Sanit Panam* 1989;107:196-219.
8. Vasquez J. Promoción y protección de los derechos humanos básicos de las personas con discapacidades mentales y sus familiares. Presented at the Conference on Mental Health in the Americas: Partnering for Progress, Washington, November 2001.
9. Alarcón RD. Hispanic psychiatry: from margin to mainstream. *Transcult Psychiatry* 2001;38:5-25.
10. Saraceno B, Saxena S. Mental health resources in the world: results from Project ATLAS of the WHO. *World Psychiatry* 2002;1:40-4.
11. Gonzalez R. Salud mental en la comunidad en América Latina. Ejemplo de programas. In: Levav I (ed). *Temas de salud mental en la comunidad*. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1992:291-312.
12. Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires. Seminario-Taller sobre la formación del psiquiatra y su certificación. Buenos Aires: Prensa Médica Argentina, 2000.
13. Alarcón RD. Mental health in Latin America, circa 2001-2002. In: Sepúlveda J (ed). *Salud panamericana*. Mexico: Instituto Nacional de Salud Pública, 2002:114-26.
14. Vergara C. El contexto de las reformas del sector de la salud. *Rev Panam Salud Pública* 2000;8:7-12.
15. Pucheu C, Torres J, de la Fuente JR. Marcos de referencia para la investigación socio-médica psiquiátrica. *Salud Mental* 1985;8:8-15.
16. Mari JJ. Mental health research in Latin America. Presented at the Conference on Mental Health in the Americas: Partnering for Progress, Washington, November 2001.
17. Alarcón RD. Perspectivas de la investigación psiquiátrica en América Latina. *Acta Psiq Psicol Am Latina* 1993;39:19-31.
18. Murray CJL, Gakidou EE, Frenk J. Health inequalities and social group differences: what should we measure? *WHO Bull* 1999;77:537-43.

# Avances recientes en la formación psiquiátrica graduada

PEDRO RUIZ

Department of  
Psychiatry and  
Behavioral Sciences,  
University of Texas  
Medical School,  
Houston, Texas, USA

La formación psiquiátrica graduada está experimentando actualmente una reconceptualización y reestructuración importantes (1). Esta iniciativa educativa nueva y avanzada se originó principalmente en el Reino Unido, Canadá, Estados Unidos y algunos otros países de Europa occidental. Lo que es especial en este nuevo modelo de formación psiquiátrica graduada es el hecho de que se está difundiendo rápida y eficazmente en la mayoría de las regiones del mundo. Incluso entre las naciones en vías de desarrollo se manifiesta un intenso interés y curiosidad en este sentido.

En épocas anteriores, el objetivo de la formación psiquiátrica graduada en la mayoría de los países occidentales se dirigía a tres áreas básicas—conocimiento, aptitudes y actitudes—y todos los programas de estudio en la formación psiquiátrica graduada reflejaban bastante bien estas tres áreas básicas de formación (2-5). Además, también se prestaba mucha atención a la evaluación apropiada del resultado de la aplicación de los programas de estudio en la formación psiquiátrica graduada (6-8). Sin embargo, actualmente el énfasis de los programas de estudio ha cambiado de forma radical, y en varias naciones industrializadas del hemisferio occidental, especialmente en Inglaterra, Canadá y Estados Unidos, se están probando modelos de un nuevo programa de estudio (1,9). Estos cambios del programa de estudio de formación psiquiátrica graduada y estos modelos de reconceptualización educativa no son exclusivos de la psiquiatría. En realidad, actualmente también se reflejan en todas las áreas de la subespecialización graduada. Es en este contexto en el que se abordan y comentan en este artículo los nuevos enfoques de la formación psiquiátrica graduada en relación con la utilidad de todos los programas de formación psiquiátrica graduada existentes en el mundo.

## EL MODELO DE COMPETENCIA CENTRAL

Aunque en varios países se está utilizando ahora el modelo de competencia central en la formación psiquiátrica graduada, voy a insistir en el modelo actualmente en uso en Estados Unidos, ya que personalmente estoy más familiarizado con él. Sin embargo, de ninguna manera se puede sostener la superioridad de un modelo concreto. La mayoría de los modelos utilizados actualmente comparten los principios educativos básicos de la formación psiquiátrica graduada y también usan técnicas y enfoques similares.

El modelo de competencia central se basa en la formación y la evaluación de seis áreas básicas: a) el conocimiento médico, b) la asistencia a los pacientes, c) el aprendizaje y la mejora basados

en la práctica, d) las aptitudes interpersonales y de comunicación, e) el profesionalismo y f) la práctica basada en el sistema. Vamos a considerar detalladamente cada uno de ellos para utilidad del lector.

## Conocimiento médico

El objetivo de esta competencia central es la formación de los residentes de psiquiatría en las áreas de conocimiento relacionadas con los aspectos de las ciencias biomédicas, clínicas y sociales de la psiquiatría y, por supuesto, acerca de todo el conocimiento relacionado con la clasificación de las enfermedades y trastornos psiquiátricos. Estas áreas del conocimiento se enseñan durante el período de residencia en psiquiatría. También se espera que estas áreas del conocimiento sean aprendidas y aplicadas con un concepto de modelo abierto, y con aplicación de los enfoques analíticos a medida que se adquiere este conocimiento. Dicho conocimiento debe ser evaluado de manera crítica en conformidad con los enfoques científicamente más actualizados y basados en pruebas. Se debe intentar un equilibrio adecuado entre las ciencias básicas y clínicas, prestando atención a la función de los aspectos conductuales, psicológicos y socioculturales de todas las enfermedades y trastornos psiquiátricos. Las técnicas de resolución de problemas clínicos, los sistemas de toma de decisiones clínicas y el pensamiento científico crítico deben integrarse profundamente para establecer las bases del aprendizaje y de la aplicación del conocimiento psiquiátrico.

## Asistencia al paciente

El objetivo principal de esta competencia central es el de enseñar y ayudar a los residentes graduados de psiquiatría a prestar asistencia al paciente de una manera apropiada, compasiva y eficaz, y dirigida hacia la promoción de la salud mental y general, la prevención de la enfermedad psiquiátrica, el tratamiento apropiado de las enfermedades y los trastornos psiquiátricos, y la asistencia apropiada durante la muerte y período de fallecimiento de los pacientes. En este sentido, se espera que el aprendizaje y su aplicación incluyan la recopilación de la información clínica precisa y necesaria a partir de todas las fuentes apropiadas como son los pacientes, las familias de pacientes, etc., así como a través de la entrevista con el paciente, la exploración física cuando sea necesaria, la historia clínica y los procedimientos diagnósticos, terapéuticos o ambos. Las recomendaciones clínicas que se realicen deben estar

fundamentadas en un sólido enfoque basado en pruebas, en un buen juicio clínico, y en la consideración de las preferencias de los pacientes. Las recomendaciones clínicas también deben incluir las distintas opciones de diagnóstico, terapéuticas y preventivas, según lo necesario. La atención psiquiátrica eficaz debe conseguir la participación total del paciente y, cuando sea apropiado, también de la familia del paciente.

#### Aprendizaje y mejora basados en la práctica

La esencia de esta competencia central es el aprendizaje y la aplicación apropiada del uso de las pruebas basadas en aspectos científicos, de los métodos apropiados de investigación de las enfermedades psiquiátricas, de la evaluación apropiada de la asistencia prestada al paciente y de los métodos adecuados de mejora de la práctica asistencial psiquiátrica. Por lo tanto, las estrategias dirigidas para mejorar o incrementar el conocimiento psiquiátrico, las aptitudes y las actitudes deben tener lugar de una manera continua. Los resultados de la práctica asistencial psiquiátrica también deben ser analizados y evaluados de una manera continua. Además, deben tener prioridad los mecanismos para la mejora continua de la calidad de la asistencia psiquiátrica. Para mejorar el sistema de asistencia psiquiátrica debe tener lugar el aprendizaje a partir de las equivocaciones y los errores clínicos. El acceso a la tecnología y a las técnicas de la información apropiadas dirigidas al manejo de la información en su relación con la atención psiquiátrica debe tener una prioridad alta y se debe usar plenamente. Este objetivo va a tener sin duda también efectos beneficiosos en la educación psiquiátrica.

#### Aptitudes interpersonales y de comunicación

El objetivo de esta competencia central es el aprendizaje y la aplicación de las aptitudes interpersonales y de comunicación eficaces dirigidas al establecimiento y mantenimiento de relaciones profesionales adecuadas con los pacientes psiquiátricos, con sus familias y con los miembros de los equipos de salud mental, así como con otros profesionales pertenecientes o no al campo de psiquiatría. Por ejemplo, para la provisión eficaz de las consultas psiquiátricas y de las relaciones con profesionales diferentes de los psiquiatras. En este sentido, se espera la aplicación de principios éticos sólidos. Asimismo, es necesario aprender y aplicar la observación y la escucha eficaces de las comunicaciones verbales y no verbales, así como las aptitudes de obtención de información y narrativas. Por último, deben mantenerse en todo momento las historias clínicas completas, actualizadas y legibles.

#### Profesionalismo

El objetivo de esta competencia central es el desarrollo y el mantenimiento de un comportamiento que refleje los valores éticos; la responsabilidad en la relación que se establece con los pacientes psiquiátricos, con la profesión y con la sociedad en general; la manifestación de la sensibilidad y la comprensión hacia las diferentes características étnicas, raciales, socioculturales y sexuales de los pacientes, y el compromiso con el desarrollo profesional continuo. En este con-

texto, la demostración de integridad, actitud compasiva, empatía, respeto y altruismo respecto a los pacientes debe tener una prioridad máxima. Asimismo, también deben ser prioritarios principios como la confidencialidad, la integridad científica/académica y el consentimiento informado. De igual manera, no sólo debe asignarse una prioridad alta a la identificación y reconocimiento de las deficiencias en el desempeño de los compañeros, sino que esta tarea también debe ser realizada de manera eficaz.

#### Práctica basada en sistemas

El objetivo de esta competencia central es el aprendizaje del contexto y de los sistemas en los cuales se presta la asistencia psiquiátrica, así como la capacidad de aplicar eficazmente este aprendizaje para mejorar y optimizar la atención psiquiátrica. Por ejemplo, es necesario conocer los recursos psiquiátricos disponibles (hospitales, hospitales de día, hogares para pacientes en fase de recuperación, organismos de defensa de los pacientes, etc.) existentes en la comunidad; conocer también la existencia de los proveedores psiquiátricos, y cómo obtener y utilizar estos recursos y estos profesionales para conseguir una asistencia psiquiátrica óptima. Además, es necesario aprender y comprender las limitaciones de estos recursos y las lagunas existentes en el sistema de salud mental a nivel de comunidad local, con objeto de elaborar las estrategias más apropiadas para optimizar la atención psiquiátrica. Por otra parte, se debe aprender a desarrollar y aplicar estrategias con buena relación coste-efectividad dirigidas al diagnóstico, el tratamiento y la prevención de las enfermedades y trastornos psiquiátricos. Es necesario ser plenamente consciente de la necesidad de usar los tratamientos psiquiátricos basados en pruebas. Se debe estar preparado para colaborar con otros miembros de los equipos asistenciales en salud mental y general, así como con los distintos organismos competentes, para ayudar a los pacientes psiquiátricos a que puedan usar eficazmente los complejos sistemas asistenciales. Además, es necesario el compromiso para mejorar el proceso de atención psiquiátrica en estos sistemas.

Un componente integral de este nuevo «modelo de competencia central de la formación psiquiátrica graduada» es la evaluación en curso de estas seis competencias centrales a lo largo de todo el periodo de formación psiquiátrica graduada. Además, en cada año de formación psiquiátrica graduada, se deben aplicar niveles diferentes de énfasis en cada una de estas seis competencias centrales básicas. Sin embargo, al final del periodo de formación psiquiátrica graduada se espera que estas seis competencias centrales hayan sido abordadas y aprendidas plenamente. De igual manera, los residentes en psiquiatría deben ser capaces de aplicar eficazmente cada una de estas seis competencias centrales al final de su residencia psiquiátrica graduada.

#### FUNCIÓN DEL MODELO DE COMPETENCIA CENTRAL MÁS ALLÁ DE LA FORMACIÓN PSQUIÁTRICA GRADUADA

En algunos países occidentales, y en Estados Unidos en particular, la función de estas seis competencias centrales básicas también está teniendo una repercusión más allá de la formación psiquiátrica graduada. Por ejemplo, en Estados Unidos se ha proyectado que muy pronto estas seis compe-

tencias centrales tengan que utilizarse en el proceso de certificación y recertificación en un nuevo enfoque denominado «mantenimiento de la certificación». Bajo el concepto del «mantenimiento de la certificación» se deben considerar cuatro componentes básicos. Son los siguientes:

- a) Pruebas del nivel profesional.
- b) Pruebas del compromiso a largo plazo con el aprendizaje y la participación en autoevaluaciones periódicas.
- c) Pruebas de la pericia cognoscitiva.
- d) Pruebas de la evaluación del desempeño en la práctica.

Estos cuatro componentes van a repercutir sin duda en las diferentes etapas de una carrera médica/psiquiátrica, es decir, durante la formación psiquiátrica, antes y durante la certificación y la recertificación, y antes y durante el proceso de recertificación. Dicho de otro modo, como manifestación de un proceso de aprendizaje a largo plazo de los profesionales. En este contexto, algunas de las seis competencias centrales citadas, o de los diferentes niveles de cada una de ellas, se utilizarán en los exámenes de certificación, así como en los exámenes o en las evaluaciones de recertificación. El American Board of Medical Specialties (ABMS) y, dentro del mismo, el American Board of Psychiatry and Neurology, Inc. (ABPN), ya se han embarcado en este proceso (9). Sin duda, el «mantenimiento de la certificación» ilustra claramente un «proceso de aprendizaje de toda la vida».

La repercusión de las seis competencias centrales básicas señaladas también se percibe firmemente en Estados Unidos en las competencias del Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME). La misión de este organismo sin ánimo de lucro es la revisión y acreditación de todos los programas graduados y posgraduados de formación de residentes en Estados Unidos. Actualmente, el ACGME está cambiando todos sus requisitos de programa de acuerdo al modelo de competencia central. Esto significa que todos los programas de formación de residentes en este país van a tener que modificar sus programas de estudios clínicos y de enseñanza para graduados según el modelo de competencia central, si quieren cumplir el proceso de acreditación del ACGME.

Asimismo, todas las formas de evaluación de la formación en el servicio que se realizan en Estados Unidos están en el proceso de cambio de sus programas de estudios para reflejar también el modelo de competencia central. Por ejemplo, el American College of Psychiatrists (ACP), que lleva a cabo anualmente el «examen de formación en el servicio de los residentes en psiquiatría» (PRITE), está cambiando rápidamente su programa de estudio para reflejar el modelo de competencia central. Dado que en las naciones industrializadas sigue teniendo lugar el crecimiento de la especialización en la educación médica de posgrado, tal como ocurre en Estados Unidos, este modelo de competencia central va a ser aún más significativo en el futuro (10). De igual manera, espero que, lo antes posible, las facultades de medicina de Estados Unidos incorporen en sus programas de estudio sobre el «aprendizaje basado en la solución de problemas» el concepto del modelo de competencia central (11). Sin duda, la función del modelo de competencia central tendrá un efecto duradero en la formación psiquiátrica graduada en Estados Unidos, Canadá, Reino Unido y algunas otras naciones industrializadas de Europa occidental. Además parece como si este efecto sobre la formación psiquiátrica graduada podrá tener pronto una repercusión educativa en la

mayoría de los programas de formación psiquiátrica de posgrado en todo el mundo.

## FUNCIÓN DE LA EVALUACIÓN EN EL MODELO DE COMPETENCIA CENTRAL

Son inherentes al diseño y la ejecución del modelo de competencia central en la formación psiquiátrica graduada su evaluación y valoración. Por lo tanto, recientemente se ha prestado mucha atención a la metodología apropiada para evaluar y valorar de manera directa el resultado de la aplicación del modelo de competencia central (12). En este sentido, se están usando diferentes metodologías para la evaluación/valoración apropiada de cada una de las seis competencias centrales. Sin embargo, algunas de las metodologías de evaluación pueden aplicarse a más de una de las seis competencias centrales. Entre los métodos más comunes utilizados actualmente, los recomendados por el ACGME se ilustran en el la tabla 1. En esta tabla, las competencias centrales se codifican del siguiente modo: 1: el conocimiento médico; 2: la asistencia al paciente; 3: el aprendizaje y la mejora basados en la práctica; 4: las aptitudes interpersonales y de comunicación; 5: el profesionalismo, y 6: la práctica basada en el sistema. Es de esperar que esta tabla ayude al lector a comprender y valorar mejor los métodos de evaluación del modelo de competencia central actualmente en uso en Estados Unidos.

## CONCLUSIONES

En los años recientes, la concepción, el diseño, la ejecución y la evaluación de los programas de estudio utilizados en la formación psiquiátrica graduada en algunas naciones industrializadas han experimentado importantes cambios. Entre es-

**Tabla 1** Evaluación del resultado de la aplicación del modelo central de competencia

Métodos de evaluación	Competencias centrales					
	1	2	3	4	5	6
Revisión de historias		X	X			X
Estimulación del recuerdo de gráficos	X	X	X		X	X
Lista de verificación		X	X	X	X	X
Valoración global		X	X			
Paciente estandarizado		X	X	X		
Evaluación del objetivo estructurado clínico (OSCE)		X	X	X	X	X
Simulaciones y modelos	X	X	X		X	
Valoración global 360°	X	X	X	X	X	X
Cartera de trabajos		X	X		X	X
Examen con preguntas de elección múltiple (examen MCQ)	X		X			X
Examen oral	X	X	X		X	
Procedimientos o registros de casos		X	X		X	
Encuestas a pacientes	X	X	X	X	X	X

tas naciones, el Reino Unido, Canadá y Estados Unidos han tomado en conjunto la iniciativa principal de estos cambios.

En el núcleo de estos cambios hay tres factores que tienen una relevancia significativa: a) el desarrollo y la ejecución del modelo de competencia central; b) la creación del concepto del «mantenimiento de la certificación» y la repercusión del modelo de competencia central en este proceso de aprendizaje a largo plazo, y c) la selección de los métodos apropiados para evaluar y valorar el resultado de la aplicación del modelo de competencia central en la formación psiquiátrica graduada y en la educación psiquiátrica de posgrado.

En este artículo, se abordan los avances recientes en la formación psiquiátrica graduada, y se exponen y sitúan apropiadamente estos avances en el contexto de la educación psiquiátrica de graduación y de posgrado. Es de esperar que este artículo estimulará aún más la investigación, el aprendizaje y las aplicaciones clínicas acerca de un tema de importancia tan grande para el futuro de la educación psiquiátrica y, por tanto, para la calidad de la asistencia psiquiátrica. Además, sería interesante que los aspectos relativos a la formación que se han abordado en este artículo pudieran estimular y mejorarán los programas de formación psiquiátrica de posgrado en todas las regiones del mundo.

*World Psychiatry 2003; 2: 57-60*

## Bibliografía

1. Bienenfeld D, Klykylo W, Knapp V. Development of competency-based measures for psychiatric training. *Acad Psychiatry* 2000; 24:68-76.
2. Garza-Treviño ES, Ruiz P, Venegas-Samuels K. A psychiatric curriculum directed to the care of the Hispanic patient. *Acad Psychiatry* 1997;21:1-10.
3. Stein TS. A curriculum for learning in psychiatric residencies about homosexuality, gay men, and lesbians. *Acad Psychiatry* 1994;18:59-70.
4. Matorin AA, Ruiz P. Training family practice residents in psychiatry: an ambulatory care training model. *Int J Psychiatry Med* 1999;29:327-36.
5. Ruiz P. La docencia de postgrado en psiquiatría en los Estados Unidos: una perspectiva contemporánea. In: Melendez de Nucette L (ed). *Los postgrados de psiquiatría en Venezuela*. Maracaibo: Edición Astro Data, 1998:104-12.
6. Mohl PC, Sadler JZ, Miller DA. What components should be evaluated in a psychiatry residency. *Acad Psychiatry* 1994;18:22-9.
7. Webb LC, Juul D, Reynolds CF et al. How well does the psychiatry residency in-training examination predict performance on the American Board of Psychiatry and Neurology, part I- examination? *Am J Psychiatry* 1996;153:831-2.
8. AADPRT Task Force on the Quality of Residency Programs. The quality of psychiatric residency. *Acad Psychiatry* 1999;23:61-70.
9. American Board of Psychiatry and Neurology. Core competencies for psychiatric practitioners: what clinicians need to know. Washington: American Psychiatric Press (in press).
10. Donini-Lenhoff FG, Hendrick HL. Growth of specialization in graduate medical education. *JAMA* 2000;284:1284-9.
11. Schnapp WB, Stone S, Van Norman J et al. Teaching ethics in psychiatry: a problem-based learning approach. *Acad Psychiatry* 1996;20:144-9.
12. Epstein RM, Hundert EM. Defining and assessing professional competence. *JAMA* 2002;287:226-35.

## 12º Congreso Mundial de Psiquiatría

JOHN COX

WPA Secretary General

El 12º Congreso Mundial de Psiquiatría fue el primer congreso de la WPA que se celebró en Asia a propósito del Centenario de la Sociedad Japonesa de Psiquiatría y Neurología. Fueron días memorables en Yokohama. El tema básico del congreso «Asociación para la Salud Mental», era ambicioso, y sin embargo tuvo éxito en el acercamiento de pacientes y psiquiatras, la WPA, la Organización Mundial de la Salud y diversas organizaciones no gubernamentales, los mentores y los profesionales jóvenes de más de 70 países diferentes, los representantes de 88 de las 120 sociedades miembro de la WPA, los científicos y los clínicos que revisaron los avances más importantes, y las diversas estructuras institucionales de la WPA. Disfrutamos de la hospitalidad de nuestros colegas japoneses, cuyas aptitudes respecto al idioma superaron a las de sus visitantes y cuyo país es tan rico en belleza e historia.

El congreso se abrió en presencia del Príncipe de la Corona de Japón y al sonido de grandes tambores y de los tonos más suaves de la flauta de bambú. Los 4.000 delegados pudieron elegir entre un gran número de simposios y talleres, y entre las distintas conferencias especiales, desde la del anterior presidente, J.J. López-Ibor, acerca de la psicología de los desastres, la del ganador del premio Jean Delay H.S. Akiskal («De la distimia al espectro bipolar») y la del nuevo presidente A. Okasha («La función de la WPA en la implementación ética a nivel mundial») hasta la del Maestro Sen Soshitsu, que mostró a los delegados de todo el mundo el poder curativo de la ceremonia del té.

Durante todo el congreso fue evidente la importancia de muchas de las secciones de WPA, que compartieron los problemas comunes a las distintas sociedades miembro, como la escasez de profesionales de la salud mental bien formados, la necesidad de definir y consensuar las tareas centrales que deben realizar los psiquiatras, y el establecimiento de legislación de salud mental para proteger los derechos humanos y reducir –no incrementar– el

estigma asociado a estas enfermedades. La Asamblea General, compuesta por 89 de las sociedades miembro, un número récord, respaldó casi por unanimidad la estrategia del Comité Ejecutivo en su colaboración con la Sociedad China de Psiquiatría para investigar el supuesto abuso de la psiquiatría. La estrategia incluyó iniciativas educativas así como la finalización lo más rápida posible del trabajo del Comité de Revisión, y la determinación de la estrategia óptima para las visitas propuestas. Se admitieron las siguientes nuevas sociedades miembro: Asociación de Psiquiatras de Bangladesh, Asociación Psiquiátrica Costarricense, Asociación Psiquiátrica de Ghana, Asociación Psiquiátrica de Kenya, Sociedad Médico-Psicológica de Myanmar, Asociación Sudanesa de Psiquiatras, Asociación Árabe Siria de Psiquiatras y Asociación Psiquiátrica de Uganda.

Se aprobaron declaraciones de consenso respecto a la globalización y la salud mental, así como respecto a las consecuencias sobre la salud de la violencia en Oriente Medio. También se aprobaron nuevos apéndices específicos de tipo ético para la Declaración de Madrid.

De importancia capital fue la publicación del Programa de Estudio Central para la Formación de Posgrado en Psiquiatría. A las sociedades miembro se les instó a leer cuidadosamente este documento y a que debatireran sus contenidos con los organismos nacionales responsables de la legislación educativa.

La Asamblea expresó su agradecimiento profundo a J.J. López-Ibor por su trabajo como presidente y anteriormente como secretario general, y por la categoría que aportó a estos cargos. Fueron muy aplaudidos también la inspiración del secretario saliente para las reuniones (D. Moussaoui), el compromiso y la diligencia del secretario general (J. Mezzich), la labor del tesorero (M. Kastrup) y el difícil trabajo de E. Sukhanova en la secretaría.

La WPA se ha comparado a una familia; sin duda sus sociedades miembro tienen tamaños diferentes, a veces hablan diferentes idiomas y, como ocurre en todas las familias, no siempre es evidente el acuerdo en tre ellas.

No obstante, en Yokohama, se obtuvo el consenso creciente acerca de la necesidad de trabajar codo con codo entre nosotros y también con los usuarios y los prestadores del servicio si queremos que mejoren la asociación y la asistencia de los pacientes, y que nos escuchen los gobiernos. El Comité Ejecutivo y la Junta estuvieron de acuerdo en establecer procedimientos más sólidos para evaluar los Congresos Mundiales futuros y para proporcionar una continuidad mayor de la experiencia entre estas colosales empresas de alcance mundial. Sigue siendo imprescindible la necesidad de encontrarnos cara a cara así como a través de Internet para el intercambio científico. La necesidad de promover una distribución más justa de la fuerza de trabajo psiquiátrica también fue un tema debatido en las sesiones formales y en los pasillos.

El Comité de Planificación para el Congreso Mundial de 2005 en El Cairo se reunió en Japón, y se beneficiará de los resultados del Congreso de Yokohama y de los procedimientos de la WPA.

El Congreso, además de incluir los primeros cursos validados de educación médica (CME), tuvo otra «primicia»: la producción de un bello sello conmemorativo de franqueo. ¿Lo utilizó algún delegado? He conservado el mío para gozar de la estilizada mariposa, símbolo del espíritu de la psique, y la rosa, como recuerdo de un Japón floreciente.

Paradójicamente, estos sellos pueden además haber recordado a los delegados que aunque el mundo parece más peligroso, y los psiquiatras deben efectuar una contribución específica para la paz, hay razones para la esperanza a medida que buscamos una relación más sólida a través de nuestras disciplinas, nuestros idiomas, nuestras religiones y nuestras diferentes culturas. La necesidad de aprender de los desastres y de reducir los niveles de violencia y destrucción sin motivo que amenazan nuestra seguridad y generan trastornos mentales fue un tema importante en Yokohama, que sin duda seguirá siendo prominente en el programa de la WPA.

¿«Cómo fue el congreso»? pregunté a un joven colega inglés de vuelta a casa. «Magnífico», fue la respuesta, «conocí a colegas de países muy distantes y nos reunimos en casas de compañeros japoneses».

Por todo ello, quiero dar las gracias a Yokohama y también al Comité Científico y a sus directivos (N. Sartorius, A. Okasha y Y. Nakane). ¡No son só-

lo los profesionales jóvenes los que recordarán el congreso con afecto, sino también muchos psiquiatras mayores!

Las presentaciones detalladas del 12º Congreso Mundial se pueden encontrar en la página web de la WPA.

## Publicaciones de la WPA: avances recientes y planes para el futuro

MARIO MAJ

WPA Secretary for Publications

Los objetivos principales del Programa de Publicaciones de la WPA son: 1) difundir la información relativa a los avances clínicos, asistenciales y de investigación más recientes y significativos, poniéndolos al alcance de la mayor cantidad posible de psiquiatras en los diversos países del mundo, y de una forma que pueda ser asimilada por la mayoría de ellos; 2) favorecer las contribuciones de los psiquiatras de todas partes del mundo, en forma de artículos de investigación, comentarios o informes sobre los aspectos de salud mental o sobre las innovaciones asistenciales significativas; 3) contribuir a mejorar la imagen de la WPA.

Las metas antedichas están siendo y serán perseguidas mediante dos herramientas principales: 1) la nueva revista oficial de la WPA, *World Psychiatry*; 2) diversas colecciones de libros.

### La revista *World Psychiatry*

*World Psychiatry* incluye artículos de fondo, artículos especiales, foros, informes de las distintas secciones de la WPA, estudios de investigación, documentos de política de salud mental e información sobre las actividades de la WPA. Se asigna prioridad a las contribuciones que se refieren a la organización de los servicios de salud mental en todo el mundo, a la investigación colaborativa internacional sobre nuevos modelos de atención en salud mental y a los informes sobre experiencias innovadoras en este campo. Una segunda prioridad es la investigación psicopatológica y biológica que parezca sólida

y aplicable a la práctica clínica. Se solicita de manera específica a todos los autores que usen un lenguaje muy claro y sencillo, evitando conceptos y términos que puedan no ser comprendidos por la mayoría de los psiquiatras de todo el mundo

*World Psychiatry* se envía de forma gratuita a 25.000 psiquiatras de 114 países, cuyos nombres y direcciones de correo han proporcionado las Sociedades Miembros y las Secciones de la WPA. Nos proponemos aumentar significativamente esta cantidad en un futuro próximo, y mejorar también el sistema de distribución de la revista. Además de la edición inglesa original, ya se está elaborando una edición china de la revista. Están en marcha los contactos necesarios para la producción de ediciones en español, en portugués y en japonés.

La revista también se elabora en una versión electrónica, que se envía por correo electrónico a los presidentes de todas las Sociedades Miembros de la WPA y a los presidentes de todas las Secciones de la WPA. Esta versión ya está incluida en la página web de la WPA y de varias de sus Sociedades Miembros y Secciones.

### La colección *Evidencia y Experiencia en Psiquiatría*

Esta colección de libros persigue los objetivos de proporcionar un resumen básico de las pruebas de investigación en cuanto al diagnóstico y el manejo de los trastornos mentales más prevalentes, así como una encuesta de la experiencia clínica relevante en las diversas regiones del mundo.

Se han agotado ya los cinco primeros libros de esta colección: Trastornos

depresivos, Esquizofrenia, Demencia, Trastorno obsesivo-compulsivo y Trastorno bipolar (éste después de sólo cuatro meses). Acaba de publicarse en rústica una segunda edición de los cuatro primeros libros (completamente actualizados, con varios capítulos totalmente renovados). El libro sobre Trastorno bipolar ha sido reimprimido y se ha comercializado de nuevo.

El sexto libro de la colección, Trastornos alimentarios, incluye las contribuciones de los expertos con mayor experiencia en este campo así como las de muchos clínicos de países desarrollados y en vías de desarrollo; este volumen aparecerá en abril de 2003. La preparación del séptimo libro, Fobias, se inició en junio de 2002. En este momento acaba de comenzar la preparación del octavo volumen, denominado Trastornos de la personalidad.

Ya se han publicado, o se están publicando las ediciones italiana, rusa y lituana de algunos de los volúmenes señalados. Se han planificado también las ediciones japonesa y española de algunos de ellos.

### Libros sobre las ponencias de los Congresos Mundiales

Los tres volúmenes temáticos correspondientes a las ponencias del 11º Congreso Mundial -*Clasificación y diagnóstico en psiquiatría*, *La psiquiatría en la sociedad* y *La psiquiatría como neurociencia*- están ya en el mercado. Estamos comenzando ahora la preparación de los libros temáticos correspondientes al 12º Congreso Mundial. Entre los temas que se están considerando para estos libros están la detección y el tratamiento precoces de los trastornos mentales; los desastres y la salud mental, y la función de la familia en la atención de la salud mental.

### Otras colecciones de libros

Acaba de aparecer el volumen sobre textos italianos clásicos de la colección

*Antologías en psiquiatría* (en el que se recopilan documentos nunca publicados hasta el momento en inglés). Está en marcha la preparación de los libros sobre textos alemanes y japoneses.

Los volúmenes sobre los países árabes y Polonia de la colección *Imágenes de la Psiquiatría* (que proporcio-

nan una imagen del pasado y del presente de la psiquiatría en países concretos o en grupos de países) se han publicado recientemente. Los volúmenes sobre América Latina, España y países de habla alemana deberían aparecer a lo largo del año 2003. También está en preparación un texto sobre Grecia.

## Esfuerzos de la WPA por difundir el conocimiento psiquiátrico relevante a través de reuniones científicas

PEDRO RUIZ

WPA Secretary for Meetings

Como parte de su misión y de sus objetivos más importantes, la WPA se está esforzando por promover la difusión de la información científica a través de su participación y colaboración en reuniones científicas. Como objetivo paralelo, la WPA también se esfuerza a través de sus reuniones científicas en promover los intercambios de comunicación entre los psiquiatras en formación, los psiquiatras, otros profesionales de la salud mental, los defensores de salud mental, los representantes de los pacientes y los grupos de familiares de pacientes, así como los políticos de diferentes países y regiones del mundo. En este contexto, existe una serie de reuniones científicas de la WPA que deben ser tenidas en cuenta.

En primer lugar, debe mencionarse que ya están en marcha los planes para el 13º Congreso Mundial de Psiquiatría. Este congreso tendrá lugar en El Cairo, Egipto, el 10-15 de septiembre de 2005 (pág. web: [www.wpa-cairo2005.com](http://www.wpa-cairo2005.com)). Los planes preliminares para este congreso han sido tan prometedores que puede que sea el mejor Congreso Mundial de Psiquiatría que haya tenido lugar nunca. Marque la fecha en su calendario y asegúrese de asistir y participar en esta importante reunión científica de la WPA.

Además, en 2003 y 2004, tendrán lugar dos importantes reuniones científicas

de la WPA que deben destacarse individualmente. La primera es el Congreso Internacional de la WPA (además, el Simposio Regional APAL, la 19ª reunión de la Sociedad Venezolana de Psiquiatría, el Congreso Nacional y la Reunión Internacional de RSCMV) bajo el tema «Alianzas para la Salud Mental», que tendrá lugar el 1-4 de octubre de 2003, en Caracas, Venezuela (pág. web: [www.wpa2003.org](http://www.wpa2003.org)). La segunda es el Congreso Internacional de la WPA sobre los «Tratamientos en psiquiatría: una actualización», que tendrá lugar el 10-13 de noviembre de 2004, en Florencia, Italia (persona de contacto: Prof. Mario Maj en [majmario@tin.it](mailto:majmario@tin.it)).

Otras reuniones científicas próximas de la WPA son la Conferencia Temática Internacional de la WPA relativa al «Diagnóstico en psiquiatría: integrando las diversas ciencias», que tendrá lugar en Viena, Austria, el 19-22 de junio de 2003 (pág. web: [www.2003vienna.at](http://www.2003vienna.at)), y el Congreso Regional de la WPA que tendrá lugar en Atenas, Grecia, en marzo de 2005 (fecha no establecida hasta el momento).

Durante el año 2003, tendrán lugar varias conferencias copatrocinadas por la WPA: 1) el 10-13 de marzo de 2003, la Primera Conferencia Internacional de Qatar, también copatrocinada con la Federación árabe de psiquiatras, en Doha, Qatar (pág. web: [www.hmc.org.qa/qip](http://www.hmc.org.qa/qip)); 2) el 28-30 de marzo de 2003, el 6º Taller sobre la «Evaluación de costes en psiquiatría»,

organizado por la sección de Economía de la Salud Mental de la WPA, en Venecia, Italia (pág. web: [www.veneziacongressi.com](http://www.veneziacongressi.com)); 3) el 10-13 de abril de 2003, el 19º Congreso APSA en Mar del Plata, Argentina (pág. web: [www.apsa.org.ar](http://www.apsa.org.ar)); 4) el 9-11 de junio de 2003, la Primera Conferencia Internacional sobre «La función de la salud y la cultura en la resolución de conflictos», en la República de Malta (persona de contacto: Dr. N.D. Minton en [ndminton@btinternet.com](mailto:ndminton@btinternet.com)); 5) el 5-7 de julio de 2003, la 9ª Reunión Regional Psiquiátrica Brasileña Meridional, en Porto Alegre, Brasil (persona de contacto: Dr. Jair Escobar en [sprs@spr-sorg.bs](mailto:sprs@spr-sorg.bs)); 6) el 9-11 de julio de 2003, la reunión sobre la «Teoría, pruebas y epidemiología psiquiátricas», organizada por la sección de Epidemiología y Salud Pública en París de la WPA, Francia (pág. web: [www.wpaepidemio-paris.org](http://www.wpaepidemio-paris.org)); 7) el 3-5 de agosto de 2003, el 8º Congreso Mundial de la Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial, centrado en el tema «Un futuro mejor para las personas con enfermedades mentales: la rehabilitación para las personas sin posibilidades económicas» (pág. web: [www.wapr.net](http://www.wapr.net)); 8) el 23-28 de agosto de 2003, el 17º Congreso Mundial de Medicina Psicosomática, en Waikoloa, Hawai (pág. web: [www.hawaii residency.org/icpm2003](http://www.hawaii residency.org/icpm2003)); 9) el 20-23 de septiembre de 2003, la Conferencia vía satélite sobre «Grupo étnico y salud mental en Europa», en Essen, Alemania (persona de contacto: Dr. Christian Haasen en [haasen@uk.uni-hamburg.de](mailto:haasen@uk.uni-hamburg.de)); 10) el 25-27 de septiembre de 2003, el «5º Congreso sobre Trastornos Depresivos y Simposio Internacional sobre Trastornos Cognitivos, en Mendoza, Argentina (pág. web [www.mendoza2003.com](http://www.mendoza2003.com)) (persona de contacto: Dr. Jorge Nazar en [jorge\\_nazar@hotmail.com](mailto:jorge_nazar@hotmail.com)); 11) desde el 9 de septiembre hasta el 1 de octubre de 2003, el 12º Congreso Internacional de la Sociedad Europea de Psiquiatría de Niños y Adolescentes, en París, Francia (pág. web: [www.escap2003.com](http://www.escap2003.com)); y 12) en octubre de 2003, la Conferencia sobre «Religión, espiritualidad y salud mental», organizada por la Asociación Psiquiátrica Egipcia en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Sinaí, Egipto (la fecha final no ha sido notificada a la WPA hasta ahora; la asistencia es sólo mediante invitación de la OMS; persona

de contacto: Dr. Tarek Okasha en [tokasha@internetegypt.com](mailto:tokasha@internetegypt.com)).

Las reuniones copatrocinadas por la WPA en los años 2004 y 2005 se abordarán en publicaciones futuras de *World Psychiatry*.

Según se puede comprobar fácilmente en esta actualización de los eventos científicos próximos de la WPA, la WPA está plenamente comprometida para cumplir su objetivos de fomento de las reuniones científicas re-

gionales y también mundiales. Con esta información, los lectores de *World Psychiatry* podrán seleccionar y asistir a las reuniones científicas de interés para ellos.

*World Psychiatry 2003; 2: 61-64*



