

# World Psychiatry

Edición en Español

REVISTA OFICIAL DE LA ASOCIACIÓN MUNDIAL DE PSIQUIATRÍA (WPA)

Volumen 8, Número 2



Septiembre 2010

## EDITORIAL

Errores a evitar en la implantación de la asistencia psiquiátrica extrahospitalaria  
M. MAJ

## ARTÍCULOS ESPECIALES

Guía de la WPA sobre los pasos, obstáculos y errores a evitar en la implantación de la asistencia psiquiátrica extrahospitalaria

G. THORNICROFT, A. ALEM, R.A. DOS SANTOS, E. BARLEY, R.E. DRAKE Y COLS.

Envejecimiento cognitivo y emocional satisfactorio  
D.V. JESTE, C.A. DEPP, I.V. VAHIA

## FORUM: USO PROBLEMÁTICO DE INTERNET – EVIDENCIA DERIVADA DE LA INVESTIGACIÓN Y ASPECTOS NO RESUELTOS

Uso problemático de internet: un panorama general  
E. ABOUJAOUDE

### Comentarios

La adicción a Internet en el decenio: una retrospectiva personal  
K. YOUNG

Uso problemático de Internet: ¿un trastorno distintivo, una manifestación de un trastorno psicológico subyacente o una conducta problemática?  
V. STARCEVIC

Uso problemático de Internet y el camino diagnóstico  
N. EL-GUEBALY, T. MUDRY

Uso problemático en contexto  
J. KORKEILA

La Internet: toda cosa buena tiene su lado negativo  
J. GREIST

Uso problemático de Internet: ¿es más compulsivo que satisfactorio o impulsado por el estado de ánimo?  
S. PALLANTI

Adicción a la Internet: investigación en curso en Asia  
C.-F. YEN, J.-Y. YEN, C.-H. KO

## ARTÍCULOS DE INVESTIGACIÓN

Evaluación de la aparente ausencia de psicosis en la población pastoral de Borana del sur de Etiopía. Un estudio de seguimiento de método mixto  
T. SHIBRE, S. TEFERRA, C. MORGAN, A. ALEM

La contribución de los temperamentos ansiosos e hipertímicos en los trastornos mentales: un estudio epidemiológico nacional  
E.G. KARAM, M.M. SALAMOUN, J.S. YERETZIAN, Z.N. MNEIMNEH, A.N. KARAM Y COLS.

La eficacia de los tratamientos psiquiátricos de los niños y los adolescentes en el contexto ambulatorio habitual  
M. BACHMANN, C.J. BACHMANN, K. JOHN, M. HEINZEL-GUTENBRUNNER, H. REMSCHMIDT Y COLS.

## POLÍTICAS DE SALUD MENTAL

Integración de la psiquiatría en la atención primaria en Kenia  
R. JENKINS, D. KIIMA, F. NJENGA, M. OKONJI, J. KINGORA Y COLS.

## COLABORACIÓN WPA-OMS

Orientación a los psiquiatras para el trabajo en urgencias: un seminario de la Asociación Mundial de Psiquiatría y la Organización Mundial de la Salud  
M. VAN OMMEREN, L. JONES, J. MEARS

## CARTAS AL EDITOR

## NOTICIAS DE LA WPA

El 15º Congreso Mundial de Psiquiatría (Buenos Aires, del 18 al 22 de septiembre de 2011)

Proyecto de la WPA en colaboraciones para mejores procedimientos en el trabajo con usuarios de servicios y cuidadores  
H. HERRMAN

# World Psychiatry

Edición en Español

REVISTA OFICIAL DE LA ASOCIACIÓN MUNDIAL DE PSIQUIATRÍA (WPA)

Volumen 8, Número 2



Septiembre 2010

Traducción íntegra de la Edición Original

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

## EDICIÓN ORIGINAL

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

**Associate Editor:** H. Herrman (Australia)

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

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

## EDICIÓN EN ESPAÑOL

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

**Periodicidad:** 3 números al año

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

**Consulte nuestra página web** [www.ArsXXI.com](http://www.ArsXXI.com)  **donde podrá acceder a nuestras publicaciones**

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



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

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

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

Muntaner, 262, Ático 2ª • 08008 Barcelona • Tel. (34) 932 721 750 • Fax (34) 932 722 904

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

© Copyright World Psychiatric Association

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

Publicación que cumple los requisitos de soporte válido

ISSN: 1697-0683

Composición y compaginación:

Depósito Legal: B-34.071-2003

Impreso en España

*Reservados todos los derechos.*

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

*Traducido por Grupo Ars XXI de Comunicación, S. L., del original en lengua inglesa (Volumen 9, Número 2, 2010). La responsabilidad de la traducción recae sólo en Grupo Ars XXI de Comunicación, S. L., y no es responsabilidad de la World Psychiatric Association (WPA).*

*Translated by Grupo Ars XXI de Comunicación, S. L., from the original English language version (Volume 9, Number 2, 2010). Responsibility for the accuracy of the Spanish language rests solely with Grupo Ars XXI de Comunicación, S. L., and is not the responsibility of the World Psychiatric Association (WPA).*

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

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

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

# Errores a evitar en la implantación de la asistencia psiquiátrica extrahospitalaria

**MARIO MAJ**

*Presidente, World Psychiatric Association*

En este número de la revista publicamos la primera guía de la WPA elaborada como parte del Plan de Acción de la WPA para 2008-2011 (1,2) y que trata de los pasos, los obstáculos y los errores que hay que evitar en la implantación de la asistencia psiquiátrica en la población. Dos documentos adicionales están casi listos y pronto aparecerán en la revista: la guía de la WPA para la lucha contra la estigmatización de la psiquiatría y los psiquiatras y la guía de la WPA en torno a la psiquiatría y la asistencia psiquiátrica en inmigrantes.

La guía que presentamos en este número puede considerarse como un documento de «segunda generación» en el campo de la asistencia psiquiátrica de la población, pues aprovecha la experiencia de los países con un desarrollo muy activo de tal asistencia en la sociedad y señala no sólo lo que se debiera hacer para implantar el proceso, sino también los errores que no se debieran repetir.

En este último sentido el documento contiene varias declaraciones importantes que ahora enumeraré y describiré en forma sucinta.

## Un modelo asistencial equilibrado

En la guía se afirma sin ambigüedades que nuestro objetivo no debiera ser una modificación completa aunque gradual de la asistencia psiquiátrica intrahospitalaria a la extrahospitalaria, sino «la reforma de los servicios psiquiátricos según un enfoque basado en evidencia que equilibre e integre los elementos de los servicios tanto extrahospitalarios como hospitalarios». La experiencia nos ha enseñado que se necesitan camas en hospitales públicos para hospitalizar a pacientes psiquiátricos (es decir, no es verdad, como a veces se ha afirmado, que «en psiquiatría no se necesita ninguna cama»). Mientras se avanza la asistencia psiquiátrica en la población, es necesario asegurar la dignidad y la calidad de dicha asistencia intrahospitalaria. Es necesario que se integren los servicios intrahospitalarios y extrahospitalarios para garantizar la continuidad de la atención y el hospital general debiera ser un lugar donde la psiquiatría interactúe activamente con otras especialidades de la medicina.

## Preservación de las habilidades clínicas de los psiquiatras

La guía afirma de manera explícita que es preciso «cultivar las habilidades clínicas de los psiquiatras, de manera que se conserven pese a la diversidad de nuevos compromisos». Un psiquiatra que se ha convertido en un experto excelente en amueblar residencias para pacientes psiquiátricos en la población, pero que no puede diagnosticar una psicosis orgánica o planificar el tratamiento de una niña con anorexia nerviosa, no se debiera enorgullecer. Para que realmente sean útiles a la sociedad (y a otros profesionales a los que se supone deben ca-

pacitar), los psiquiatras deben poner en práctica su experiencia clínica en la sociedad. El ejercicio de la asistencia extrahospitalaria sin duda enriquecerá las habilidades de los psiquiatras, pero se tendrán que añadir nuevas habilidades a las tradicionales, no reemplazarlas.

## Evitar un enfoque exclusivo en los trastornos psicóticos

En la guía se menciona, entre los «aspectos que pueden afectar la integridad de los servicios extrahospitalarios», «un enfoque exclusivo en los trastornos psicóticos, de manera que casi todas las personas con trastornos psiquiátricos sean desatendidas o atendidas por profesionales que no tienen la experiencia pertinente». Un servicio psiquiátrico extrahospitalario con un ámbito de captación identificado cuyos recursos humanos se utilizan casi exclusivamente para atender todas las necesidades de 20 ó 30 pacientes psicóticos crónicos, en tanto que las otras personas con trastornos psiquiátricos del ámbito de captación ni siquiera saben que existe el servicio, en realidad no está cumpliendo su obligación. Se debe contar con los recursos apropiados y las sinergias pertinentes para garantizar una asistencia adecuada de toda la gama de trastornos psiquiátricos existentes en la población.

## Protección de la salud física de los pacientes

La guía probablemente es la primera de su tipo en destacar el descuido de la salud física de los pacientes como un aspecto que puede mermar la integridad de los servicios extrahospitalarios. En realidad, el hecho de que los profesionales de un servicio extrahospitalario no estén motivados para abordar los problemas somáticos de sus pacientes, o que el servicio esté alejado de cualquier hospital, no es un buen motivo para permitir el deterioro de la salud general de los enfermos. Se deben establecer las sinergias apropiadas con los médicos generales en el ámbito de captación pertinente. Asimismo, el hecho de que los fármacos antipsicóticos no sean considerados por el personal del servicio como el componente más esencial de la asistencia no es un buen motivo para utilizarlos en forma inadecuada o ignorar las directrices actualmente disponibles para evitar y controlar sus efectos secundarios.

## Un enfoque basado en datos científicos

En la guía se hace hincapié una y otra vez en la necesidad de un ejercicio clínico basado en datos científicos derivados de estudios en la población. De hecho, la asistencia psiquiátrica a menudo es impulsada por un gran interés y entusiasmo, pero éstos no son suficientes para tratar los trastornos mentales. Estos trastornos exigen intervenciones basadas en datos científicos, que deben estar disponibles en todos los servicios psiquiátricos

de la población. La asistencia extrahospitalaria no puede ser un experimento interminable y sin límites (y la experimentación tiene sus reglas, que se debieran aplicar también en este caso). Asimismo, debiera resultar claro que la asistencia extrahospitalaria «permite ofrecer tratamiento a un paciente, pero no es el propio tratamiento» (3). Lo que realmente se pone en práctica en el contexto extrahospitalario no es una cuestión secundaria, es la esencia del problema.

### **Evitar el vínculo de la asistencia psiquiátrica con intereses políticos estrechos**

En la guía se señala que «un error frecuente es vincular inadecuadamente la reforma de la asistencia psiquiátrica a los estrechos intereses ideológicos o de partidos políticos». Esta afirmación atrevida, que aparece por primera vez en un documento de este tipo, ciertamente será bien recibida por muchos psiquiatras. El fanatismo ideológico en muchos países ha sido en efecto una fuente importante de descarrilamiento del proceso de desarrollo de la asistencia extrahospitalaria y de división del movimiento psiquiátrico.

### **La necesidad de una sucesión de acontecimientos evaluada a conciencia**

La guía resalta la necesidad de una «sucesión de acontecimientos evaluada a conciencia que vincule el cierre de camas de hospitales al desarrollo de servicios extrahospitalarios». De hecho, no es infrecuente que se clausuren los servicios hospitalarios sin alternativas sustentables en la población. El traslado de los pacientes crónicos desde un hospital psiquiátrico público «muy visible», que debe clausurarse, a centros privados «invisibles» (y no controlados) ha sido una modalidad infortunadamente no infrecuente para no atender más a los pacientes en residencias de enfermos psiquiátricos. Otros millares de personas, según se comunica una y otra vez en la bibliografía, acaban en la calle o en una prisión.

### **Es esencial la planificación a largo plazo**

La guía clara y repetidamente señala que la implantación de la asistencia psiquiátrica en la población exige un compromiso sólido y constante por parte de las administraciones pertinentes y que se debe hacer una planificación a largo plazo (que comprenda inversiones en instalaciones, personal y formación). Asimismo, es esencial una vigilancia del proceso a largo plazo y se debe evaluar de continuo indicadores tales como tasas de suicidio, repercusiones en la familia y problemas psiquiátricos en grupos de pacientes prisioneros, además de los desenlaces

clínicos en los pacientes, la calidad de vida percibida y la satisfacción con la asistencia.

### **La importancia de la rehabilitación psicosocial y la integración social**

La guía menciona una y otra vez la rehabilitación psicosocial y la integración social de las personas con trastornos psiquiátricos como aspectos decisivos de la asistencia psiquiátrica extrahospitalaria. El haber transferido a un paciente crónico de un hospital psiquiátrico a una residencia en la población, donde permanecerá para siempre, no es suficiente si se lo deja allí con sólo un mínimo de asistencia básica.

### **La habilitación de las familias es una prioridad**

La necesidad de lograr la participación de cuidadores, lo mismo que de usuarios, en el proceso de desarrollo de la asistencia psiquiátrica extrahospitalaria se resalta una y otra vez en la guía. De hecho, también ha ocurrido con demasiada frecuencia que a las familias de pacientes con enfermedades psiquiátricas graves que se dan de alta se les ha dejado sin ayuda con su problema, sin ningún tipo de apoyo práctico y emocional. El pasar por alto o minimizar este problema es injusto y deshonesto, sobre todo porque en la actualidad se dispone de intervenciones familiares basadas en datos científicos y han resultado eficaces.

La WPA respalda la implantación de la asistencia psiquiátrica extrahospitalaria en todo el mundo, de manera que las personas con trastornos psiquiátricos puedan contar con los servicios lo más cercanos posibles a su localidad, se puedan tratar en el entorno menos restrictivo y puedan mantener sus vínculos con la sociedad. Esperamos que la implantación de la asistencia psiquiátrica extrahospitalaria mejore los desenlaces clínicos en los pacientes, la calidad de vida percibida y la satisfacción con la asistencia. Por otra parte, hay enseñanzas que hemos obtenido de la experiencia de países con una implantación muy activa de la asistencia extrahospitalaria en los últimos decenios. La WPA pretende con esta guía que estas enseñanzas lleguen a la atención de los psiquiatras (y de otros profesionales y autoridades sanitarias) de los países en los cuales el proceso acaba de iniciar o va a comenzar en un futuro cercano.

### **Bibliografía**

1. Maj M. The WPA Action Plan 2008-2011. *World Psychiatry* 2008;7:129-30.
2. Maj M. The WPA Action Plan is in progress. *World Psychiatry* 2009;8:65-6.
3. Thornicroft G. Testing and retesting assertive community treatment. *Psychiatr Serv* 2000;51:703.



# Guía de la WPA sobre los pasos, obstáculos y errores a evitar en la implantación de la asistencia psiquiátrica extrahospitalaria

GRAHAM THORNICROFT<sup>1</sup>, ATALAY ALEM<sup>2</sup>, RENATO ANTUNES DOS SANTOS<sup>3</sup>, ELIZABETH BARLEY<sup>1</sup>, ROBERT E. DRAKE<sup>4</sup>, GUILHERME GREGORIO<sup>3</sup>, CHARLOTTE HANLON<sup>2</sup>, HIROTO ITO<sup>5</sup>, ERIC LATIMER<sup>6</sup>, ANN LAW<sup>1</sup>, JAIR MARI<sup>3</sup>, PETER MCGEORGE<sup>7</sup>, RAMACHANDRAN PADMAVATI<sup>8</sup>, DENISE RAZZOUK<sup>3</sup>, MAYA SEMRAU<sup>1</sup>, YUTARO SETOYA<sup>5</sup>, RANGASWAMY THARA<sup>8</sup>, DAWIT WONDIMAGEGN<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Health Service and Population Research Department, Institute of Psychiatry, King's College London, UK; <sup>2</sup>Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Addis Ababa University, Addis Ababa, Ethiopia; <sup>3</sup>Department of Psychiatry, Universidade Federal de São Paulo, Brazil; <sup>4</sup>Dartmouth Psychiatric Research Center, Lebanon, NH, USA; <sup>5</sup>National Institute of Mental Health, National Centre of Neurology and Psychiatry, Tokyo, Japan; <sup>6</sup>Douglas Mental Health University Institute and McGill University, Montreal, Canada; <sup>7</sup>New Zealand Mental Health Commission, Wellington, New Zealand; <sup>8</sup>Schizophrenia Research Foundation (SCARF), Chennai, India

*Este documento constituye una guía sobre los pasos, obstáculos y errores a evitar en la implantación de la asistencia psiquiátrica extrahospitalaria. El Su propósito es ser de utilidad práctica e interés para psiquiatras de todo el mundo, sea cual sea su situación en torno a la implantación de la asistencia psiquiátrica extrahospitalaria para adultos con enfermedades psiquiátricas. Se presentan las principales recomendaciones en relación con: la necesidad de coordinar normatividad, planes y programas, la necesidad de la sucesión gradual de servicios para poblaciones enteras, la importancia de promover el conocimiento de la población en torno a las enfermedades psiquiátricas para incrementar los grados de búsqueda de ayuda, la necesidad de establecer provisiones económicas y presupuestarias a fin de respaldar directamente a los servicios que se proporcionan en la sociedad. El documento concluye con el planteamiento de una serie de enseñanzas del ejercicio clínico acumulado de la asistencia psiquiátrica extrahospitalaria obtenidas hasta el momento en todo el mundo, con atención específica en las medidas sociales y gubernamentales que son necesarias al nivel nacional, los pasos clave para llevar a cabo la organización del sistema psiquiátrico local, las enseñanzas obtenidas por profesionales y médicos y cómo integrar de manera más eficaz la experiencia de usuarios, familias y otros defensores del bienestar de los pacientes.*

**Palabras clave:** Asistencia psiquiátrica extrahospitalaria, modelo asistencial equilibrado, servicios psiquiátricos, derechos humanos, concienciación de la población, recursos humanos, psiquiatras, capacitación, aseguramiento de la calidad.

(*World Psychiatry* 2010;67-77)

En 2008 la Asamblea General de la WPA aprobó el Plan de Acción de la asociación para el trienio de la presidencia del Profesor Mario Maj. Uno de los puntos del plan es la elaboración de directrices sobre cuestiones prácticas de interés para los psiquiatras de todo el mundo (1,2). El presente documento, que constituye una guía en torno a las enseñanzas obtenidas y los errores a evitar en la implantación de la asistencia psiquiátrica extrahospitalaria, es parte de ese proyecto. En publicaciones subsiguientes describiremos con más detalle los retos y las soluciones en concreto identificadas en las diversas regiones de todo el mundo.

Los problemas psiquiátricos son frecuentes y más del 25% de las personas en todo el mundo padecen uno o más trastornos psiquiátricos en algún momento de su vida (3). Contribuyen de manera importante a la morbilidad global de las enfermedades, según se determina por los años de vida ajustados con respecto a la discapacidad (AVAD). En 2004, los trastornos neuropsiquiátricos constituyeron el 13,1% de todos los AVAD en todo el mundo y el trastorno depresivo unipolar en sí contribuyó con un 4,3% a los AVAD totales. Además, el 2,1% de todas las defunciones en el mundo se atribuyeron directamente a trastornos neuropsiquiátricos. El suicidio contribuyó con un 1,4% adicional a los decesos y cada año un 86% de todos los suicidios se cometieron en los países de ingresos bajos y medianos (PIBM) (4). En un análisis sistemático de los estudios psicológicos postmortem se comunicó una prevalencia mediana de trastornos psiquiátricos en consumidores de suicidio del 91% (5). La esperanza de vida es más breve en personas con problemas psiquiátricos que

en las que no los padecen (en algunos países de una manera espectacular) lo cual también se deba a la gran morbilidad de padecimientos somáticos (6). Así pues, los problemas psiquiátricos tienen una repercusión importante en los pacientes y sus familias en todo el mundo, tanto en lo referente a una disminución de la calidad de vida como a una reducción de la esperanza de vida. La asistencia psiquiátrica de gran calidad es decisiva para reducir algo de su morbilidad (7).

En este contexto, el objetivo de este informe es presentar una guía sobre los pasos, los obstáculos y los errores a evitar en la implementación de la asistencia psiquiátrica extrahospitalaria, así como hacer recomendaciones realistas y alcanzables para el desarrollo y la implementación de la asistencia psiquiátrica orientada a la población global en los próximos 10 años. Se pretende que esta guía sea de utilidad práctica para los psiquiatras y otros profesionales del ámbito de la salud mental y la salud pública en todos los niveles, lo que comprende autoridades sanitarias, comisionistas, organizaciones y organismos financiadores, organizaciones no gubernamentales (ONG), usuarios de servicios y cuidadores. Aunque se ha adoptado un enfoque global, se presta especial atención a los PIBM ya que es en ellos donde son más importantes las dificultades.

## ¿QUÉ ES LA ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA EXTRAHOSPITALARIA?

La definición y la interpretación de la asistencia extrahospitalaria son muy variables entre los países e incluso en un mis-

mo país. En términos históricos, en los países más económicamente desarrollados, la prestación de servicios psiquiátricos se ha dividido en tres periodos (8).

- El aumento de los manicomios (desde 1880 hasta 1955), que se definió por la construcción de grandes hospitales psiquiátricos que estaban muy alejados de las poblaciones a las que atendían.
- La declinación de los manicomios o «abolición del internamiento» después de 1955, aproximadamente, caracterizada por un aumento de los servicios psiquiátricos extrahospitalarios que estaban más cercanos a las poblaciones que atendían.
- La reforma de los servicios psiquiátricos según un enfoque basado en datos científicos, que equilibra e integra elementos de los servicios tanto extrahospitalarios como intrahospitalarios (8-10).

En un «modelo de asistencia equilibrado», la mayor parte de los servicios se proporciona en contextos extrahospitalarios cercanos a las poblaciones que se atienden y las estancias hospitalarias se reducen en la medida de lo posible; por lo general se localizan en salas de enfermos agudos en los hospitales generales (11). Diferentes prioridades son aplicables a los contextos de recursos bajos, medianos y altos:

- En los contextos de recursos bajos, las acciones se enfocan en establecer y mejorar la capacidad de las instalaciones para la atención primaria a fin de que se brinde una asistencia psiquiátrica, con un respaldo de especialistas limitado. La mayor parte de la evaluación y el tratamiento psiquiátricos ocurre, si acaso, en centros de asistencia primaria o en relación con curanderos tradicionales o religiosos. Por ejemplo, en Etiopía, la mayor parte de la asistencia es proporcionada en la familia y por de vecinos cercanos y familiares: sólo el 33% de las personas con un trastorno depresivo mayor persistente acude a la asistencia primaria o a los curanderos tradicionales (12,13).
- En los contextos de recursos medios, además de los servicios de asistencia psiquiátrica primaria, se puede implantar un plan adicional de servicios psiquiátricos generales para el adulto conforme lo permitan los recursos en cinco categorías: clínicas de pacientes externos y ambulatorios; equipos de salud mental de la población; servicios de internamiento a enfermos agudos; asistencia en residencias extrahospitalarias; y servicios de trabajo, ocupación y rehabilitación.
- En los países de altos recursos, además de los servicios antes mencionados, pueden ser sustentables los servicios más especializados destinados a grupos de pacientes y metas que son específicos en las mismas cinco categorías descritas para los contextos de medianos recursos. Pueden incluir, por ejemplo, clínicas especializadas para pacientes externos y ambulatorios, equipos de tratamiento de apoyo extrahospitalario, tratamiento intensivo de casos, equipos de intervención temprana, equipos de resolución de crisis, albergues para crisis, asistencia en residencias extrahospitalarias, hospitales diurnos para enfermos agudos, hospitales diurnos, centros diurnos no médicos y servicios de recuperación, empleo y rehabilitación.

Es este el enfoque de modelo asistencial equilibrado el que se ha adoptado al evaluar la asistencia orientada a la población. En los contextos de bajos recursos, la asistencia orientada a la población se caracterizará por:

- Un enfoque en las necesidades de la población y de salud pública.
- Hallazgo y detección de casos en la población.
- Servicios accesibles en la localidad(es decir, accesibles en menos de medio día).
- Participación y toma de decisiones de la población en la planificación y la prestación de los sistemas de asistencia psiquiátrica.
- Autoayuda y habilitación de usuarios de servicios para individuos y familias.
- Asistencia mutua o apoyo de usuarios de servicios por compañeros.
- Tratamiento inicial por personal de asistencia primaria o extrahospitalario.
- Opciones de asistencia gradual para remitir a los pacientes a personal especializado o disponer de camas en hospitales si es necesario.
- Supervisión de apoyo y respaldo de los servicios psiquiátricos especializados.
- Interacciones con las NGO (p. ej., en relación con la rehabilitación).
- Interconexiones en cada nivel, lo que comprende entre los diferentes servicios, la población y los curanderos tradicionales o religiosos.

Por tanto, la asistencia extrahospitalaria recurre a una amplia gama de médicos, personal y sistema de asistencia y apoyo (tanto profesionales como no profesionales), aunque componentes específicos pueden desempeñar un papel mayor o menor en diferentes contextos, lo cual depende del contexto local y de los recursos disponibles, específicamente personal capacitado.

## VALORES FUNDAMENTALES Y DERECHOS HUMANOS

Como base de la implantación satisfactoria de la asistencia psiquiátrica extrahospitalaria hay una serie de principios que se relacionan por una parte con el valor de la sociedad y por otra con la importancia de la autodeterminación y los derechos de las personas con trastornos psiquiátricos como individuos y ciudadanos (14,15).

Los servicios psiquiátricos extrahospitalarios hacen hincapié en la importancia de tratar y habilitar a las personas que vivan en la sociedad de una manera tal que mantengan la conexión con sus familias, amigos, trabajo y congéneres. En este proceso, reconoce y respalda las metas y fortalezas de la persona para incrementar su restablecimiento en su propia sociedad (16).

Un principio fundamental que apoya estos valores es la noción de que las personas tienen acceso equitativo a los servicios de su propia localidad en el «entorno menos restrictivo». Si bien se reconoce el hecho de que algunas personas tienen alteraciones importantes a causa de su enfermedad, un servicio psiquiátrico extrahospitalario pretende fomentar la autodeterminación del usuario del servicio y su participación en procesos que conlleven decisiones relacionadas con su tratamiento. Dada la importancia de las familias para brindar apoyo y relaciones clave, su participación (con el permiso del usuario del servicio) en los procesos de evaluación, planificación del tratamiento y seguimiento también es un valor fundamental en el modelo asistencial extrahospitalario.

Diversos convenios identifican y ayudan a proteger los derechos de los usuarios de servicios como personas y ciudadanos, entre ellos, el Convenio de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (UNCRPD, por sus siglas en inglés) ratificado (17) y cartas más específicas

como la de Principios para la Protección de las Personas con Enfermedades Psiquiátricas y para la Mejora de la Asistencia Psiquiátrica de las Naciones Unidas adoptada en 1991 (18).

Los documentos antes mencionados y otros documentos internacionales, regionales y nacionales especifican el derecho de la persona a tratarse sin discriminación y sobre la misma base de otras personas; la premisa de la capacidad legal, a menos que se pueda demostrar claramente una incapacidad; y la necesidad de involucrar a las personas con discapacidades en el desarrollo de normatividades y servicios y en la toma de decisiones que les afecten directamente (18). Este informe fue elaborado para que tuviese una compatibilidad explícita con los requisitos del UNCRPD y los tratados y acuerdos relacionados.

## MÉTODOS UTILIZADOS POR LA COMISIÓN DE LA WPA

Esta guía se elaboró tomando en cuenta los principios éticos fundamentales, los datos científicos pertinentes y la experiencia combinada de los autores y sus colaboradores. En relación con los datos científicos disponibles, se llevaron a cabo búsquedas sistemáticas en la bibliografía para identificar los estudios evaluados por expertos y por los especialistas en torno a la estructura, el funcionamiento y la eficacia de los servicios psiquiátricos extrahospitalarios o los obstáculos para su implantación. Estas búsquedas bibliográficas fueron organizadas para la mayor parte de las regiones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), reflejando el contexto de los principales autores del informe. Este enfoque tiene limitaciones, sobre todo porque no estuvo plenamente representada la Región Mediterránea del Este de la OMS y este informe se enfoca en los servicios psiquiátricos para adultos. Por consiguiente, esta guía no aborda las necesidades de servicios de personas con demencia o alteraciones intelectuales ni de niños con trastornos psiquiátricos.

Las búsquedas variaron según la experiencia y los recursos locales. Se hizo una búsqueda en Medline para cada región. Otras bases de datos en las que se realizaron búsquedas fueron EMBASE, PsycINFO, LILACS, SciELO, Web of Knowledge (ISI), WorldCat Dissertations and Theses (OCLC) y OpenSingle. Las búsquedas, adaptadas para cada base de datos, fueron para los términos y los textos de MeSH relacionados con los servicios psiquiátricos extrahospitalarios y las enfermedades psiquiátricas graves.

Asimismo, se realizaron búsquedas en otras fuentes electrónicas, no indexadas, como la OMS, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la WPA, otras asociaciones psiquiátricas y las páginas Web de los Ministerios de Salud de cada país. Se llevó a cabo una búsqueda en Google para identificar los documentos en PDF publicados en países europeos y africanos que contenían las palabras “Salud mental en la población”. Las investigaciones se limitaron a los artículos publicados en los idiomas hablados por los autores y que abarcaban cada región de la OMS y los autores realizaron una búsqueda de consejos pertinentes de los asesores regionales de la OMS.

Las búsquedas electrónicas se complementaron con las búsquedas de las listas de referencia de todos los artículos seleccionados. También se llevaron a cabo búsquedas manuales en los números de los últimos cinco años de tres revistas clave pertinentes a África (African Journal of Psychiatry e International Psychiatry). Además, se identificaron textos clave: éstos comprendían documentos pertinentes y capítulos de libros publicados por los autores de las publicaciones actuales (19-24) y una edición especial de The Lancet sobre Salud Mental Global (25-29). Asimismo, también se consultaron publicaciones de

la OMS que proporcionan información en torno a los servicios psiquiátricos extrahospitalarios (7,31-33).

Para la región de África, se llevó a cabo una investigación original a fin de complementar los datos publicados. Veintiún expertos regionales llenaron un cuestionario semiestructurado y de autonotificación en torno a su experiencia en la implantación de la asistencia psiquiátrica extrahospitalaria en el África subsahariana (34). Los expertos provienen de 11 países y una NGO activa en varios países del África subsahariana.

## PROBLEMAS FRECUENTES IDENTIFICADOS EN LA IMPLANTACIÓN DE LOS SERVICIOS PSIQUIÁTRICOS EXTRAHOSPITALARIOS

Las diferencias internacionales e interculturales pueden desempeñar un papel importante en la conformación de los servicios psiquiátricos necesarios y posibles contextos locales (muy específicamente, el grado de recursos económicos disponibles (28)). No obstante, en la preparación de este informe nos ha sorprendido descubrir que los temas fundamentalmente más importantes (tanto en lo que se refiere a los retos como a las enseñanzas obtenidas) se aplican a muchos países y regiones. Por tanto, describimos a continuación cada uno de estos temas fundamentales por separado.

### Normatividad, planes y programas

Un reto común a muchos países de todo el mundo es la dificultad de llevar a la práctica las intenciones psiquiátricas extrahospitalaria. Aquí distinguimos entre:

- Políticas nacionales (o políticas regionales o estatales en países donde las políticas sanitarias están establecidas a ese nivel): una declaración global de la intención estratégica (p. ej., durante un periodo de cinco a 10 años) que brinda dirección a todo el sistema de asistencia psiquiátrica.
- Plan de implantación: un documento operativo que establece los pasos específicos necesarios para implantar la política nacional (p. ej., cuáles tareas se deben llevar a cabo, según quiénes, cuándo y con qué recursos, e identificación de las vías de notificación, así como los incentivos y las sanciones si se cumplen o no se cumplen las tareas).
- Programas psiquiátricos: planes específicos para una zona local (p. ej., un región o un distrito) o para un sector específico (p. ej., asistencia primaria) que especifique de qué manera se debe implantar un componente del sistema de asistencia global.

Según el Atlas de Salud Mental de la OMS (31), un 62,1% de los países en todo el mundo cuentan con una política sanitaria relacionada con la salud mental y el 69,6% tenía en vigencia un programa de salud mental en 2005 (con un 68,3% y un 90,9% de la población global atendida, respectivamente). Muchos de los países que no cuentan con tales políticas eran países de ingresos bajos y medianos. Aun donde se ponen en práctica políticas psiquiátricas basadas en datos científicos exhaustivos, son frecuentes los problemas para la implantación de estas políticas (33,35). Algunos de los motivos de esto puede ser que el personal sanitario no cumpla con las normas debido a dificultades para aceptar y poner en práctica las funciones cambiantes (33), la falta de información accesible basada en datos científicos o directrices para el personal sanitario, los mecanismos de financiación inadecuada, la capacitación inadecuada del perso-



nal sanitario, la falta de mecanismos para capacitar y asesorar al personal sanitario, la supervisión y el apoyo insatisfactorios y una falta global de recursos humanos (35). Por lo tanto, se necesitan planes de implantación detallados y muy prácticos (tomando en cuenta los recursos disponibles) para poder prestar la asistencia psiquiátrica a la población.

### **Incremento gradual de los servicios para poblaciones enteras**

Otro reto que debe ser abordado en todo el mundo es la brecha masiva entre las necesidades de asistencia psiquiátrica de la población (verdadera prevalencia de las enfermedades mentales) y qué es lo que realmente se proporciona en la asistencia psiquiátrica (prevalencia tratada) (7), lo que resalta la importancia de incrementar gradualmente los servicios a poblaciones enteras. Los indicios relativos a la morbilidad sustancial de los trastornos psiquiátricos no se han traducido en inversiones adecuadas en la asistencia psiquiátrica (29). La brecha de tratamiento es pronunciada sobre todo en los países de ingresos bajos y medianos, donde por lo general más del 75% de las personas con trastornos mentales no reciben siquiera tratamiento o asistencia, y menos de un 2% del presupuesto para la salud se invierte en la salud mental (7). Si bien los países con altos ingresos tienen un promedio de 10,5 psiquiatras y 32,95 enfermeras psiquiátricas por 100.000 de población (cifras medianas), en los países de bajos ingresos sólo hay 0,05 y 0,16, respectivamente (31). Asimismo, aun en los propios países, la calidad y el grado de los servicios a menudo varía bastante según, por ejemplo, grupo de pacientes, ubicación (proporcionándose más servicios por lo general en las zonas urbanas) o factores socioeconómicos (3).

Asimismo, sólo un 10% de la investigación psiquiátrica global está dirigida a las necesidades de salud del 90% de la población que vive en los países de ingresos bajos y medianos y sólo una fracción de esta actividad de investigación se ocupa de la implantación y la evaluación de intervenciones y servicios (36). Para el incremento gradual de los servicios se necesitan métodos para estimar las necesidades de recursos. Una metodología sistemática para establecer prioridades en la investigación sobre la salud infantil desarrollada tomando en cuenta las intervenciones debiera ser eficaz, sostenible y costeable para reducir la morbilidad de las enfermedades (37). Una metodología similar fue aplicada por el grupo Salud Psiquiátrica Global de The Lancet, que se enfocó en cuatro grupos de trastornos y a la vez estableció prioridades para la investigación de la salud mental global: trastornos depresivos, por ansiedad y otros trastornos psiquiátricos frecuentes; trastornos por alcoholismo y toxicomanías; trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes; y esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (30). Se recomendaba que las intervenciones las llevaran a cabo personal sanitario no psiquiátrico dentro de los contextos de la asistencia sistemática y que los especialistas desempeñaran un papel en la adquisición de capacidades y en la supervisión (38). Asimismo, en tiempos recientes se ha propuesto un análisis exhaustivo de paquetes asistenciales para seis trastornos neuropsiquiátricos principales —trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), alcoholismo, demencia, depresión, epilepsia y esquizofrenia— como medios para ampliar el tratamiento en los países de ingresos bajos y medianos (20-24). Una amplia serie de directrices de tratamiento, también adecuada para los países de ingresos bajos y medianos, será publicada por la OMS en 2010 como una parte de su programa mhGAP (*Mental*

*Health Gap Action Programme*). La WPA con sus asociaciones afiliadas en tiempos recientes llevó a cabo una encuesta sobre la disponibilidad y la factibilidad de diversos tratamientos para los trastornos psiquiátricos más frecuentes en los diversos grupos de edad (39).

### **Conocimiento de la población sobre las enfermedades psiquiátricas**

Otro obstáculo frecuente para identificar y tratar los trastornos psiquiátricos en todo el mundo es la falta de conocimiento sobre ellos en las poblaciones y son muy generalizados fenómenos como el estigma y la discriminación contra las personas con problemas psiquiátricos. Esto es importante, pues las campañas eficaces de concienciación pueden dar por resultado que las personas con enfermedades psiquiátricas acudan más a atención primaria (40).

Se han utilizado tres estrategias principales para reducir el estigma público y la discriminación: protesta, educación y contacto social (41). La protesta, por parte de los individuos estigmatizados o los miembros del público que los apoyan, se suele aplicar contra la estigmatización de las declaraciones públicas, como los informes de los medios de comunicación y la publicidad. Muchas intervenciones de protesta, por ejemplo contra la publicidad estigmatizante o las telenovelas, han suprimido satisfactoriamente las declaraciones negativas del público y para este fin sin duda son muy útiles (42). Sin embargo, se ha aducido (41) que la protesta no es eficaz para mejorar las actitudes hacia las personas con enfermedades psiquiátricas.

Las intervenciones educativas tienen por objeto reducir el estigma mediante el reemplazo de mitos y estereotipos negativos con hechos y han reducido las actitudes y la estigmatización en el público. Sin embargo, las investigaciones sobre las campañas educativas indican que ha menudo no se evalúan los cambios en el comportamiento.

La tercera estrategia es el contacto social personal con individuos que tienen enfermedades psiquiátricas (43). Por ejemplo, en una serie de intervenciones en escuelas secundarias, o con la policía, se ha combinado la educación y el contacto social personal (44,45). El contacto social al parecer es la parte más eficaz de la intervención. Los factores que crean un entorno de ventaja para el contacto interpersonal y la reducción del estigma pueden incluir una categoría igual entre los participantes, una interacción cooperadora y un apoyo institucional para la iniciativa de contacto (46).

Tanto en la educación como en el contacto, es importante el contenido de los programas contra el estigma y la discriminación. A menudo se resaltan los modelos biogenéticos de las enfermedades psiquiátricas porque el considerar estas enfermedades como un problema biológico, principalmente heredado, puede reducir la vergüenza y la culpa inherentes a las mismas. Los datos científicos respaldan esta expectación optimista (es decir, que un modelo biogenético causal de las enfermedades psiquiátricas reduce el estigma) en lo que se refiere a una disminución de la culpa. Sin embargo, el enfocarse en factores biogenéticos puede incrementar la percepción de que las personas con enfermedades psiquiátricas son fundamentalmente diferentes y por tanto las interpretaciones biogenéticas se han asociado a un incremento de la distancia social (47). Así pues, un mensaje de que las enfermedades psiquiátricas son “genéticas” o “neurológicas” puede ser demasiado simplista y no ser útil para reducir el estigma. De hecho, en los múltiples países de ingresos bajos y medianos, el transmitir un mensaje que



resalte la naturaleza hereditaria de las enfermedades mentales alimenta el estigma, por ejemplo, al dificultar el matrimonio.

Las iniciativas contra el estigma pueden tener lugar a nivel nacional y también local. Las campañas nacionales a menudo adoptan un enfoque de mercadotecnia social, en tanto que las iniciativas locales por lo general se enfocan en grupos elegidos como objetivo. Un ejemplo de una extensa campaña nacional multifacética es Time to Change (Tiempo de Cambiar) que se implantó en Inglaterra (48). Combina la publicidad en los medios masivos de comunicación con las iniciativas locales. Estas últimas tratan de facilitar el contacto social entre miembros del público general y los usuarios de servicios psiquiátricos y también se enfocan en grupos específicos tales como estudiantes de medicina y maestros. El programa es evaluado mediante encuestas entre el público en que se evalúa conocimiento, actitudes y comportamiento, al igual que mediante la medición del grado de discriminación experimentada que notifican las personas con enfermedades psiquiátricas. Iniciativas similares en otros países, por ejemplo, See Me (Veme) en Escocia (49), Like Minds, Like Mine (Mentes Similares, como la mía) en Nueva Zelanda (50) o la iniciativa de la WPA contra el estigma (51), lo mismo que otros programas similares en otros países, como Japón, Brasil, Egipto y Nigeria, han comunicado desenlaces favorables (40).

En suma, hay pruebas científicas de la eficacia de medidas contra el estigma y la discriminación (52). En una nota más precautoria, la discriminación individual, la discriminación estructural y el autoestigma desencadenan innumerables mecanismos de estigmatización. Si se bloquea un mecanismo de discriminación o se disminuye a través de iniciativas satisfactorias, pueden surgir otras formas de discriminación (53,54). Por tanto, para reducir sustancialmente la discriminación es necesario modificar fundamentalmente las actitudes de estigmatización y las conductas de los interesados influyentes.

### **Establecimiento de un consenso poderoso para el compromiso**

La participación colaboradora de una amplia gama de interesados de apoyo es decisiva para la implantación satisfactoria de la asistencia psiquiátrica orientada a la población. Es importante tener una perspectiva sistemática del proceso de cambio. Es necesario el apoyo de políticos, miembros de juntas y administradores sanitarios cuyo enfoque principal tal vez no sea la salud mental, médicos, miembros clave de la población, incluidos los prestadores de servicios de las NGO, los usuarios de servicios y sus familias y los curanderos tradicionales y religiosos. El lograr que participen en el imperativo de cambio exigirá diferentes estrategias y un equipo de administración del cambio que incluye personas con diversas experiencias. En general es esencial tener motivos y objetivos claros para el cambio a la asistencia extrahospitalaria. Los mensajes deben ser concisos, respaldados con datos científicos y congruentes.

El llegar a un consenso para el cambio exige mucho trabajo en reuniones y comunicaciones con las personas. El principal medio de comunicación debe incluir material escrito y oportunidades para reunirse con grupos de interesados. Políticos y administradores necesitarán razonamientos convincentes. Sin embargo, otros necesitarán resúmenes de planes, presentaciones de diapositivas y la oportunidad de reunirse y trabajar a través de propuestas e intereses. Los mensajes de correo electrónico y la información y las encuestas a través de páginas Web son ahora complementos valiosos para este proceso. Se

debe poner énfasis en la disponibilidad de comunicarse de buena fe y para llevar a cabo de manera franca y honesta «lo que sea necesario» para convencer a las personas de los beneficios del proceso de cambio.

Es importante tener presente que en algunos casos el prejuicio y el autointerés han de confrontarse. Es útil, al principio del proceso, identificar a quienes posiblemente respalden el cambio y a quienes posiblemente se opongan al mismo. Una disponibilidad para escuchar los problemas y para encontrar formas de incorporarlos, si es posible, en el proceso de planificación e implantación, es esencial pues cuando se comunica tal actitud hay la oportunidad de que las personas se sientan incluidas en el proceso. Dicho esto, el arrojo y la firmeza comunicarán a los detractores restantes la seriedad de la intención de implantar el cambio; también alentará a quienes brindan apoyo a creer en que se colmarán sus aspiraciones por una mejor atención psiquiátrica y por tanto a su vez se sentirán animados.

El lograr la participación de los interesados exige cumplir las oportunidades formales e informales, recibir consejo y analizar los problemas. El establecimiento de grupos de referencia en las primeras etapas del proceso de cambio es un mecanismo formal fundamental para lograr esto. Éstos deberían incluir a todos los interesados clave, en particular usuarios de servicios, familias, médicos y proveedores de servicios y estos últimos son esenciales para facilitar sistemas integrados de asistencia en una etapa más avanzada del proceso. Aunque es importante estructurar el proceso global con reuniones y comunicaciones formales, también es importante estar dispuestos a acordar reuniones informales cuando se solicite para «resolver» situaciones de interés. El proceso de consulta debiera dar por resultado una amalgama de contribuciones «desde la base» y «de arriba abajo» al proceso de cambio. Los informes sobre los progresos son una forma esencial de mantener la confianza y crear interés en el proceso de la implantación satisfactoria.

Asimismo, es importante tener presente que los servicios psiquiátricos satisfactorios han establecido procesos para garantizar que las inquietudes de los de usuarios de servicios, sus familias y proveedores extrahospitalarios sean tomadas en cuenta de manera constante. El propósito es no simplemente lograr un cambio discontinuo, sino promover un mejoramiento constante de la calidad según el cual los consumidores de los servicios psiquiátricos sepan que tienen una ventaja importante. Sin tales alianzas eficaces e integradas, a las autoridades sanitarias les puede resultar fácil descartar las diferentes demandas de un sector psiquiátrico fragmentado y en cambio responder favorablemente a los campos de la salud (p. ej., VIH/SIDA) que demuestran la autodisciplina del enfoque unido en un pequeño número de prioridades completamente acordadas.

### **Errores a evitar**

Se suele cometer varios errores clave en el proceso de intentar la implantación de una asistencia psiquiátrica extrahospitalaria. En primer lugar, debe haber una sucesión cuidadosamente evaluada de sucesos que vinculen el cierre de las camas hospitalarias al desarrollo de servicios extrahospitalarios. Es importante evitar la clausura de servicios extrahospitalarios sin contar con servicios sucesores ya en funciones para dar respaldo a los pacientes que se dan de alta y a los nuevos pacientes que se remiten y también para evitar tratar de construir servicios extrahospitalarios mientras se deja intacta la asistencia (y los presupuestos) en los hospitales. En concreto, debe haber en cada etapa de un proceso de reforma un equilibrio factible

entre suficientes camas (principalmente para agudos) y la prestación de otros servicios del sistema más amplio de asistencia que puedan apoyar a las personas en crisis.

Un segundo error frecuente es intentar una reforma del sistema sin incluir la participación de todos los interesados pertinentes. Tales iniciativas necesitan sobre todo incluir a los psiquiatras, quienes por lo demás pueden sentirse sujetos a una toma de decisiones “jerarquizada” y reaccionar, sea en el interés de los pacientes o por sus propios intereses, tratando de demorar u obstaculizar alguno de estos cambios. Otros interesados decisivos que deben intervenir directamente en el proceso a menudo comprenden las autoridades sanitarias y los políticos, los profesionales encargados de la planificación de los servicios sanitarios, los usuarios de los servicios y los cuidadores, los prestadores de servicios, incluidos los del ejercicio público y privado, las NGO nacionales e internacionales y quienes trabajan en los campos de la medicina alternativa, complementaria, indígena y de la curación religiosa, así como las asociaciones nacionales y de profesionales pertinentes. Es típico que los grupos que no intervienen cabalmente en un proceso de reforma den a conocer sus perspectivas tratando de socavar el proceso.

Otro error frecuente es el vínculo inapropiado de la reforma de la salud psiquiátrica con los estrechos intereses ideológicos o de partidos políticos. Esto tiende a desencadenar una inestabilidad, ya que un cambio de gobierno puede anular las políticas de sus predecesores. Tales líneas de división o fragmentación también ocurren, por ejemplo, entre las reformas a los servicios propuestas por psicólogos y psiquiatras o entre los psiquiatras de orientación social ideológica o entre los médicos y los grupos de usuarios de servicios y consumidores. Cualquiera que sean los puntos concretos del cisma, tales conflictos debilitan la posibilidad de que las reformas de servicios sean integrales, sistémicas y sostenibles y también corren el riesgo de que las autoridades sanitarias se rehúsen a adoptar propuestas que no estén completamente respaldadas por todo el sector psiquiátrico.

Otras cuestiones que pueden afectar la integridad de los servicios extrahospitalarios son: a) un enfoque exclusivo de los servicios extrahospitalarios en los trastornos psicóticos, de manera que la gran mayoría de las personas con trastornos mentales son descartadas o tratadas por profesionales que no tienen la experiencia apropiada; y b) la desatención de la salud física de los pacientes.

### **Pago por los servicios**

Un componente fundamental en la implantación satisfactoria de la prestación de servicios psiquiátricos es el de la financiación (10). Como se señaló antes, la financiación de los servicios psiquiátricos en los países de ingresos bajos y medianos tiende a ser raquítica. Esto puede deberse en parte a una actitud de estigmatización hacia los trastornos psiquiátricos y a la falta de reconocimiento de los beneficios económicos que se pueden obtener con las mejoras en la asistencia psiquiátrica. En condiciones ideales, la porción de la financiación sanitaria que un país destina a la asistencia psiquiátrica se podrá fundamentar mediante la evaluación metódica de los beneficios comparativos en la salud inherentes a la inversión en formas alternativas de asistencia. Sin embargo, por lo general en los países de ingresos bajos y medianos no se dispone de los datos necesarios para llevar a cabo tal análisis.

Asimismo, cualquiera que sea la financiación también tiende a concentrarse en los servicios de pacientes internados. El corregir esto es, al principio, una cuestión de reasignación de presupuestos: utilizar recursos que se podrían haber utilizado

para otros fines a fin de incrementar la financiación de la asistencia orientada a la población.

Luego surge la cuestión de cómo pagar a los proveedores públicos (hospitales, programas independientes y posiblemente proveedores individuales independientes como los psiquiatras) por los servicios que prestan. Las formas más simples de pago son los presupuestos globales para las instalaciones y los programas, que pueden llevarse a cabo de año a año con ajustes leves en la inflación, y los salarios para proveedores individuales. Estos simples mecanismos de pago tienen la ventaja de la simplicidad administrativa. Al mismo tiempo, tienen por lo menos dos desventajas importantes. En primer lugar, no proporcionan incentivo para incrementar la cantidad o la calidad de la prestación del servicio. En segundo lugar, los cambios de la población posiblemente hagan que evolucione la demanda por los servicios de diferentes proveedores y, sin tomar en cuenta los cambios en las demandas locales, las desigualdades en los pagos entre los proveedores posiblemente surjan y aumenten con el tiempo. Esto, a su vez, afectará al acceso a los proveedores demasiado agobiados, en tanto que posiblemente dará por resultado una prestación excesiva de servicios (p. ej., estancias excesivas) por otros proveedores. Por consiguiente, los países con la capacidad técnica y administrativa para introducir sistemas de pago más complejos debieran considerar hacerlo.

En el caso de los hospitales, una alternativa muy sencilla que es aplicable cuando se sectoriza la asistencia es modular los presupuestos basándose en la población de la zona de captación del centro. Los países con la capacidad técnica para realizarlo pueden desear ajustar el nivel de pago por persona basándose en las variables sociodemográficas que están relacionadas con la necesidad de una asistencia psiquiátrica intrahospitalaria (p. ej., pobreza).

En el caso de los hospitales que tienen ámbitos de captación solapados, una combinación de pagos prospectivos (pago basado en una serie de ingresos) y pagos retrospectivos (pago basado en los días-cama efectivamente proporcionados) puede ser preferible a fiarse exclusivamente en una o en otra modalidad. El pago retrospectivo puro favorece la producción excesiva de servicios; el pago prospectivo puro, dada la dificultad de evaluar de manera fiable el grado de necesidad asistencial de una persona hospitalizada por un trastorno psiquiátrico, puede fomentar la prestación deficiente de servicios.

En el caso de los programas independientes o de proveedores individuales, las dos principales opciones además de un presupuesto fijo o de un salario son la tarifa por servicio y las tarifas fijas por paciente atendido. El pago de tarifa por servicio fomenta un mayor volumen de servicios sin tomar en cuenta los desenlaces. Si determinados servicios (p. ej., prescripción de medicamentos) son pagados a una tasa más alta por unidad de tiempo que otros (p. ej., psicoterapia), entonces el pago de tarifa por servicio también influirá en la mezcla de servicios que se proporcionan. Además, el pago de tarifa por servicios tiende a maximizar los contactos con los pacientes que están menos enfermos, que son más adaptables y que son más fáciles de tratar. Los pacientes difíciles o con enfermedades más graves reciben menos asistencia a menos que los pagos se ajusten según la gravedad —los llamados ajustes de mezclas de casos—. Las aplicaciones eficientes del tiempo clínico como los contactos telefónicos o informáticos se ignoran porque no son reembolsados.

Los pagos de tarifas por paciente atendido favorecen incrementar el número de personas a quienes se atiende. Pueden llevar a una mayor responsabilidad por la asistencia a pacientes específicos. Sin embargo, por sí mismos no brindan ningún incentivo para la calidad, a menos que haya una competencia por

paciente entre los diferentes proveedores. Además, los programas a menudo saturan la capacidad y tienen dificultades para canalizar a los pacientes hacia los servicios menos intensivos.

Los países con la capacidad técnica y administrativa (y libertad de acción política) para hacerlo debieran evaluar la introducción de incentivos para mejorar la calidad, sea a hospitales, programas o prestadores de servicios individuales. En congruencia con el trabajo pionero de Donabedian, la calidad suele conceptuarse como relacionada con estructura, proceso y resultados (55). El ajustar los pagos a los hospitales, programas o prestadores de servicios individuales basándose en la estructura o indicadores de proceso (p. ej., calificaciones formales de personal, logro de una determinada puntuación en una escala de fidelidad al modelo) presupone que estos indicadores en realidad pronostican la calidad. En el grado en que lo hacen, el proporcionar incentivos para lograr una alta calificación en estos indicadores posiblemente resultará útil, con un efecto neutral en cuáles tipos de pacientes debiera procurar atender el prestador de servicios. El ajustar los pagos basándose en los resultados (p. ej., indicadores fisiológicos del síndrome metabólico, tasas de rehospitalización, tasas de empleo) tiene la ventaja de guardar una relación directa con las metas ostensibles de un sistema. Sin embargo, fomenta la selección de pacientes menos graves. Se necesitan más investigaciones con respecto a cómo diseñar sistemas eficaces para mejorar la calidad de la asistencia psiquiátrica orientada a la población que sean practicables en países con capacidades técnicas y administrativas más o menos desarrolladas.

En suma, los sistemas de pago influyen en la selección de pacientes, la calidad y la cantidad de los tratamientos y los resultados, en formas más o menos favorables y diferentes métodos exigen diversos grados de capacidad técnica y administrativa para su implementación satisfactoria. El determinar el sistema óptimo o la combinación de sistemas para un contexto de asistencia específica probablemente depende en gran parte de los antecedentes, la infraestructura, los recursos económicos, los recursos humanos y otros factores.

### **Capacitación de personal, recursos humanos y roles de los psiquiatras**

Los recursos humanos son el activo más decisivo en la prestación de servicios psiquiátricos. La transformación gradual a la asistencia extrahospitalaria ha dado por resultado modificaciones de las formas en que se han utilizado los recursos humanos (56). Los cambios esenciales han sido una reasignación del personal desde los hospitales hasta los ámbitos de los servicios extrahospitalarios, la necesidad de una nueva serie de competencias que comprenden la recuperación y la rehabilitación y la formación de una gama más amplia de profesionales, lo que incluye trabajadores informales en la asistencia a la población, en el contexto de las necesidades prácticas de un país (57). Asimismo, en muchos países de ingresos bajos y medianos los psiquiatras capacitados trabajan en condiciones de actividades clínicas pesadas e inexorables y pueden no haber dedicado tiempo durante la semana a cualquier tarea de mejora de los servicios.

Otra perspectiva para el desarrollo de los recursos humanos ha sido el dar cada vez más importancia a la integración de la asistencia psiquiátrica en un contexto de atención primaria, incrementando de esta manera el acceso a la gran mayoría de los pacientes no atendidos. Esto ha necesitado de la capacitación del personal sanitario general en destrezas básicas para la asistencia psiquiátrica, como la detección de los trastornos psiquiátricos, la prestación de cuidados básicos y la remisión de

pacientes con problemas complejos a la asistencia especializada. En la mayor parte de los países en vías de desarrollo, hay la necesidad de que un médico general de formación equilibrada que sea capaz de atender gran parte de las personas con problemas psiquiátricos que tienen escaso acceso a un psiquiatra. Otros aspectos importantes son la falta de seguro médico, los gastos desembolsables y la carga económica que recae en las familias.

El alcance cada vez más amplio y el cambio a los servicios psiquiátricos extrahospitalarios introducen mayores grados de complejidad que afectan a los roles de los psiquiatras, ampliándolos a campos como la promoción y la integración social. Los psiquiatras deben colaborar en más ámbitos, con más grupos de personal. La planificación y la administración adoptan más importancia. Se considera que los psiquiatras poseen una experiencia singular y ocupan puestos directores en casi todos los países, fungiendo como asesores para el gobierno y dirigiendo la organización de grupos que son responsables de establecer las políticas sanitarias y los planes de acción. Hay países en los que estos grupos están conformados sólo por psiquiatras. Por tanto, tienen una oportunidad singular de conformar el proceso de reforma para los mejores intereses de pacientes, familias y cuidadores, el público y el personal.

Si bien la rehabilitación psicosocial es una parte importante del proceso global del tratamiento satisfactorio de los trastornos psiquiátricos crónicos, su práctica todavía es infrecuente en comparación con el empleo de medicamentos (58). En muchos países en vías de desarrollo, la capacitación es escasa para los ergoterapeutas, los psicólogos o los trabajadores sociales. En países que cuentan con escasos psiquiatras, los múltiples deberes médicos, administrativos y directivos les dejan escaso tiempo a los psiquiatras para colaborar con las unidades de rehabilitación. Aun así, en muchos países de ingresos bajos y medianos se dispone de otros recursos —por ejemplo, fuertes vínculos familiares y sociales, grupos de fe, oportunidades de empleo informales— que se podrían movilizar para respaldar la rehabilitación de personas con trastornos psiquiátricos a más largo plazo.

### **Desarrollo de la organización, aseguramiento de la calidad y evaluación de los servicios**

La iniciación de los servicios de asistencia psiquiátrica en la población por lo general exige un liderazgo importante entre los interesados con base en los conceptos de la asistencia extrahospitalaria. Es práctico aprender de modelos satisfactorios mediante el empleo de las herramientas básicas que incluyen cronogramas, formas de evaluación, descripciones de funciones y normas operativas (9).

Las actividades de tutoría y mantenimiento son necesarias para que los servicios sean robustos y sostenibles. La manualización de los procedimientos operativos, los materiales de referencia y la supervisión constante son esenciales. A medida que se establece la asistencia extrahospitalaria en diversas regiones, los componentes de los servicios gradualmente se estandarizan y se dispone de una asistencia normalizada manualizada.

El aseguramiento de la calidad es factible aun en condiciones de recursos limitados. La vigilancia de la calidad puede incorporarse en las actividades sistemáticas mediante la selección de los servicios elegidos como objetivo, la recolección de datos y el empleo de los resultados de resolución de problemas del sistema y de orientaciones futuras. La evaluación externa tiene lugar en diferentes niveles. El gobierno local verifica si los prestadores de servicios cumplen los requisitos de las leyes o los reglamentos, en tanto que los pagadores se enfocan en

analizar la necesidad de los servicios que se prestan. Los expertos profesionales y los consumidores también participan en la evaluación independiente.

Puesto que el propósito primario de los servicios psiquiátricos es mejorar los desenlaces en los individuos con enfermedades psiquiátricas, es decisivo evaluar los desenlaces de los tratamientos y los servicios. Asimismo, se pueden utilizar los resultados para justificar el empleo de los recursos. Por tanto, se necesitan más investigaciones para obtener los mejores servicios posibles que directamente se vinculen a mejores desenlaces para los pacientes que necesitan asistencia.

## RECOMENDACIONES

Basándonos en la bibliografía analizada por nuestra Comisión de la WPA y en nuestra propia experiencia acumulada, hemos reconocido una serie de retos frecuentes y obstáculos para la implantación de un sistema de asistencia psiquiátrica extrahospitalaria. Al mismo tiempo hemos identificado pasos relacionados y soluciones que pueden funcionar para dar respuesta positiva y eficaz a estos obstáculos (19,27), los que se presentan en la Tabla 1.

Recomendamos a las personas interesadas en la planificación y la implantación de los sistemas de asistencia psiquiátrica que

**Tabla 1.** Obstáculos, dificultades, enseñanzas aprendidas y soluciones para la implantación de la asistencia psiquiátrica extrahospitalaria

| Obstáculos y dificultades |                                                                                             | Enseñanzas aprendidas y soluciones                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|---------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Sociedad                  | Descuido o violación de los derechos humanos de personas con enfermedades psiquiátricas     | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vigilancia por: sociedad civil y grupos de usuarios de servicios, cuerpos de inspectores gubernamentales, NGO internacionales, asociaciones de profesionales</li> <li>- Incrementar la concienciación de la población con respecto a las enfermedades psiquiátricas y de los derechos de las personas con enfermedades psiquiátricas así como los tratamientos disponibles</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|                           | Estigma y discriminación, que se reflejan en las actitudes negativas del personal sanitario | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fomentar la participación de consumidores y familias y cuidadores en elaboración de políticas, capacitación médica, prestación de servicios (p. ej., miembro de una junta, proveedor de consumidor), evaluación de servicios (encuesta para la satisfacción del consumidor).</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|                           | Necesidad de abordar diferentes modelos de comportamiento anormal                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Paradigmas tradicionales y basados en la fe que deben amalgamarse, fusionarse o alinearse en la medida de lo posible a los paradigmas médicos.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Gobierno                  | Escasa prioridad asignada a la psiquiatría por el gobierno                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- La comisión gubernamental sobre las enfermedades psiquiátricas define la misión como un programa de salud pública.</li> <li>- La misión puede comprender valores, metas, estructura, desarrollo, educación, capacitación y aseguramiento de la calidad para el sistema de salud psiquiátrica orientado a la población desde una perspectiva de la salud pública.</li> <li>- Establecer apoyo de los diversos partidos políticos para el plan de política nacional y su implantación.</li> <li>- Defensa eficaz del vacío en la psiquiatría, morbilidad global de las enfermedades, repercusión de los trastornos psiquiátricos, costo-eficacia de las intervenciones, reducción de la esperanza de vida.</li> <li>- Uso de la OMS y de otros organismos internacionales para la defensa de los pacientes, el vínculo con trastornos prioritarios y financiación, respuesta positiva a sucesos adversos.</li> <li>- Identificar dentro del gobierno los defensores de la causa que tienen autoridad administrativa y de recursos económicos.</li> </ul> |
|                           | Políticas psiquiátricas inexistentes o inapropiadas                                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Recomendar y formular políticas basándose en la consulta general con la amplia gama de grupos interesados, incorporando una perspectiva de salud pública racionalizada basada en las necesidades de la población y la integración de los componentes de los servicios.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|                           | Leyes psiquiátricas inexistentes, antiguas o inadecuadas                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Participación del consumidor en el establecimiento de políticas.</li> <li>- Ejercer presión para lograr los objetivos y fundamentar las leyes relacionadas con la salud mental.</li> <li>- Modernizar la ley sobre la salud mental de manera que sea pertinente a la asistencia extrahospitalaria.</li> <li>- Vigilar o inspeccionar para evaluar la implantación apropiada de las leyes relacionadas con la salud mental.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|                           | Recursos económicos inadecuados en relación con las necesidades al nivel de la población    | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ayudar a las autoridades sanitarias para que se percaten del vacío existente entre la morbilidad de las enfermedades psiquiátricas y los recursos asignados y de que se dispone de tratamientos eficaces y costeables.</li> <li>- Recomendar un mejor dispendio en la salud mental utilizando información pertinente, razonamientos y objetivos, por ejemplo, la morbilidad global de las enfermedades, las necesidades insatisfechas del mhGAP.</li> <li>- Alistar la injerencia de políticos y gobernantes defensores que aboguen por la financiación adecuada de las iniciativas.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|                           | Falta de alineación entre los métodos de pago y los servicios y resultados esperados        | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diseñar un sistema que directamente relacione los componentes de servicios necesarios y las categorías económicamente reembolsables de la asistencia, por ejemplo, para el ejercicio clínico basado en evidencia.</li> <li>- Proporcionar pequeños incentivos económicos por los desenlaces valiosos.</li> <li>- Crear categorías de reembolso compatibles con la estrategia del sistema.</li> <li>- Desarrollar y utilizar indicadores de desempeño clave.</li> <li>- Reservar los costes de la transición para reasignar al personal intrahospitalario al medio extrahospitalario.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |



**Tabla 1.** Obstáculos, dificultades, enseñanzas aprendidas y soluciones para la implantación de la asistencia psiquiátrica extrahospitalaria

| Obstáculos y dificultades                   |                                                                                                                                             | Enseñanzas aprendidas y soluciones                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|---------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                             | Necesidad de abordar la infraestructura                                                                                                     | - Lograr que el gobierno planifique y financie el empleo eficiente de edificios, insumos esenciales y sistemas de información electrónica y otros para dirigir, vigilar y mejorar el sistema y los desenlaces.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|                                             | Necesidad de abordar la estructura del sistema de servicios extrahospitalarios                                                              | - Diseñar el sistema de asistencia psiquiátrica desde la atención primaria local hasta la atención regional hasta la asistencia especializada central y llenar los vacíos con nuevos recursos a medida que aumente la financiación.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Gobierno                                    | Recursos humanos inadecuados para la prestación de la asistencia psiquiátrica en relación con el grado de necesidad en la población         | - Evaluación de las necesidades de asistencia primaria y servicios de psiquiatría especializados al nivel de la población<br>- Mejorar la capacidad del personal sanitario encargado de proporcionar asistencia médica general y asistencia psiquiátrica en la población<br>- Capacitación de personal sanitario y de profesionales psiquiátricos en la asistencia psiquiátrica orientada a la población.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|                                             | Fuga de cerebros, imposibilidad para retener talento, retención de personal y escaleras de carrera débiles                                  | - Organismos de las Naciones Unidas y NGO internacionales aseguran la sustentabilidad de sus proyectos y programas.<br>- Programas de intercambio entre los países.<br>- Establecer los periodos en los que los estudiantes de medicina y los médicos de plantilla tienen que brindar asistencia en sus países o zonas rurales.<br>- Variación de tareas y diferenciación de funciones de psiquiatras para utilizar su capacidad en el campo de su especialidad.<br>- Crear incentivos económicos y sistemas de reputación para que los psiquiatras participen en la atención a la salud mental de la población.<br>- Capacitar a otros profesionales sanitarios (menos «susceptibles a la fuga de cerebros») para que brinden asistencia psiquiátrica.<br>- El pago por educación puede incorporarse a la asignación y conservación de los recursos para lograr una distribución equitativa y evitar la migración sin el reembolso apropiado.                                                                                                                                                                                |
|                                             | Programas paralelos no sostenibles por NGO internacionales                                                                                  | - Relaciones estrechas con ministros y otros interesados así como NGO internacionales.<br>- Plan de salud mental en operación, de manera que las NGO puedan ayudar a lograr estas metas en forma sostenible.<br>- Iniciativa del gobierno para colaborar con las NGO en la colaboración entre el sector privado y el público.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|                                             |                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Organización del sistema psiquiátrico local | Necesidad de diseñar, vigilar y ajustar la organización del sistema psiquiátrico                                                            | - Esto comprende planes para servicios psiquiátricos locales, regionales y centrales basados en las necesidades de salud pública, integración completa a la asistencia primaria, la asignación racional de la fuerza de trabajo interdisciplinaria, el desarrollo de tecnología en la información, financiamiento y el empleo de los recursos existentes. Todos los grupos de interesados pueden participar en el desarrollo, la vigilancia y en el ajuste de los planes.<br>- Establecer el plan de implantación con una coordinación clara entre los servicios.<br>- Establecimiento de una normatividad y plan de implantación con el número de servicios que son necesarios por población.<br>- Diferenciación de funciones de los servicios hospitalarios, extrahospitalarios y de asistencia primaria, y los servicios privados y públicos, utilizando los ámbitos de captación y el sistema de tarifa por paciente atendido con un sistema de financiación flexible.<br>- Establecimiento de prioridades en grupos elegidos como objetivo, sobre todo a personas con enfermedades psiquiátricas graves y persistentes. |
|                                             | Falta de un programa de psiquiatría factible o no implantación del programa psiquiátrico                                                    | - Elaborar un programa muy práctico para identificar los recursos disponibles, las tareas que se deben cumplir, la asignación de responsabilidades, cronogramas, calendarios de actividades, notificación y disposiciones para la responsabilidad, sistemas de vigilancia y evaluación de los avances.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|                                             | Necesidad de especificar fases de desarrollo                                                                                                | - Los encargados de los planes y los directores profesionales han de diseñar planes para 5 a 10 años.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|                                             | Utilización deficiente de los recursos psiquiátricos existentes                                                                             | - Mejorar la concienciación de los beneficios de los recursos y los servicios.<br>- Especificar las rutas asistenciales.<br>- Vigilancia integrada de la calidad de la asistencia, sobre todo fases de proceso y resultados.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|                                             | Necesidad de incluir servicios no médicos                                                                                                   | - Incluir la participación de familias, servicios sociales religiosos, NGO, servicios de albergue, servicios vocacionales, servicios de apoyo por compañeros y servicios de autoayuda. Todos los interesados deben intervenir en el diseño del sistema.<br>- Poner en marcha tareas clave como la evaluación inicial y la prescripción mediante el empleo de un formulario limitado y costeable para el personal con capacitación especial que estén disponibles en el nivel local apropiado.<br>- Identificar a los líderes para que defiendan e impulsen el proceso.<br>- Más participación en la planificación, establecimiento de políticas y liderazgo y administración.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|                                             | Falta de colaboración multisectorial, por ejemplo, incluir a curanderos tradicionales, albergues, justicia penal o sectores de la educación | - Desarrollo de políticas claras y plan de implantación por todos los interesados.<br>- Colaborar con otros servicios locales para identificar y ayudar a las personas con enfermedades psiquiátricas.<br>- Proporcionar información y capacitación a todos los médicos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                             |                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

**Tabla 1.** Obstáculos, dificultades, enseñanzas aprendidas y soluciones para la implantación de la asistencia psiquiátrica extrahospitalaria

| Obstáculos y dificultades               |                                                                                                                                                                                                                                                      | Enseñanzas aprendidas y soluciones                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                         | Falta de disponibilidad o suministros erráticos de psicofármacos                                                                                                                                                                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Establecer grupos de asesoría multisectorial y de gobierno.</li> <li>- Sesiones de familiarización entre los médicos occidentales y los que ejercen la medicina tradicional local.</li> <li>- Informar a las autoridades sanitarias y a quienes proporcionan la financiación con respecto a costes y beneficios de medicamentos específicos.</li> <li>- Proporcionar una infraestructura para la vigilancia de la clozapina.</li> <li>- Vigilancia de los patrones de prescripción de psicofármacos.</li> <li>- Fondos revolventes para fármacos, asociaciones públicas-privadas.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Profesionales y médicos                 | Necesidad de dirección                                                                                                                                                                                                                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Los psiquiatras y otros profesionales deben intervenir como expertos en la planificación, la educación, la investigación y en superar la inercia y la resistencia en el entorno actual.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|                                         | Dificultad para mantener la capacitación y supervisión adecuada en servicio                                                                                                                                                                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Capacitación de los tutores por personal de otras regiones o países.</li> <li>- Cambio de algunas funciones psiquiátricas a médicos capacitados y disponibles</li> <li>- Ejercer presión para garantizar que esto sea una prioridad y se integre al plan psiquiátrico.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                         | Alto recambio y agotamiento de personal o baja moral del personal                                                                                                                                                                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Introducción de los servicios orientados al restablecimiento</li> <li>- Reunión de ejemplos de casos de restablecimiento.</li> <li>- Mejorar la confianza involucrando a los directores del personal en la supervisión y en los comités de toma de decisiones.</li> <li>- Patrocinio de eventos sociales que capaciten al personal para que trabajar en equipo al abordar situaciones no laborales.</li> <li>- Hacer hincapié en los programas de capacitación continuada durante toda la carrera.</li> <li>- Capacitación de supervisores. Proporcionar oportunidades para la asistencia fuera de las reuniones profesionales.</li> <li>- Equipar con suficientes destrezas y apoyo.</li> <li>- Capacitación y supervisión continuadas.</li> <li>- Crear y difundir las directrices para los profesionales.</li> <li>- Cultivar las destrezas clínicas de los psiquiatras de manera que se conserven pese a la variedad de nuevos compromisos.</li> <li>- Evaluación de terceras partes.</li> <li>- Fomentar y recompensar la calidad con premios y procesos similares.</li> </ul> |
|                                         | Deficiente calidad de la atención y preocupación en torno a las habilidades del personal                                                                                                                                                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>- El gobierno y las sociedades profesionales promueven la importancia de la asistencia extrahospitalaria y la participación de los usuarios de los servicios.</li> <li>- Cambio de tareas, diferenciación de las funciones de los psiquiatras para utilizar sus capacidades de una manera más amplia en el campo de su especialidad y trabajar con una gama de interesados que incluyan consumidores y cuidadores/familias.</li> <li>- Implantar la capacitación en la rehabilitación psicosocial orientada al restablecimiento como parte de la capacitación de nuevos psiquiatras, incluso en las escuelas de medicina en los países de ingresos bajos y medianos.</li> <li>- Reunir ejemplos de casos de restablecimiento y de iniciativas psiquiátricas implantadas satisfactoriamente en la población.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                |
|                                         | Resistencia profesional, por ejemplo, para la asistencia orientada a la población y la participación de usuario de servicios                                                                                                                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Más financiación para la investigación, para la evidencia cualitativa y cuantitativa de ejemplos satisfactoriamente implantados de asistencia orientada a la población.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|                                         | Escasez de investigación pertinente que sirva de información para los servicios rentables y falta de datos sobre la evaluación de los servicios psiquiátricos<br>Incapacidad para abordar las discrepancias (p. ej., por grupos étnicos, económicos) | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Participación de todos los interesados clave; apoyar a los grupos no bien representados para el desarrollo de políticas y planes de implantación.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Usuarios, familiares y otros defensores | Necesidad de abogacía                                                                                                                                                                                                                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Los usuarios y otros defensores pueden participar en todos los aspectos del cambio social, la planificación, el ejercer presión ante el gobierno, la vigilancia del desarrollo y el funcionamiento del sistema de servicios y mejora del sistema de servicios.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|                                         | Necesidad de autoayuda y servicios de apoyo a compañeros                                                                                                                                                                                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Usuarios para que dirijan estos movimientos.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|                                         | Necesidad de tomas de decisiones compartida                                                                                                                                                                                                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Los usuarios y otros defensores deben ejercer demanda en todos los niveles para que el sistema cambie y tome en cuenta las metas de usuarios y familias y para que la toma de decisiones compartida se convierta en la norma.</li> <li>- Educación profesional continuada sobre derechos humanos y actitudes del personal haciendo hincapié en la atención a las preferencias de consumidores y cuidadores.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

equilibran los componentes de los servicios extrahospitalarios e intrahospitalarios que hagan una evaluación a conciencia para anticipar las dificultades aquí identificadas y aprender de las enseñanzas de quienes han lidiado con estos problemas hasta ahora.

## Bibliografía

1. Maj M. The WPA Action Plan 2008-2011. World Psychiatry 2008;7:129-30.

2. Maj M. The WPA Action Plan is in progress. World Psychiatry 2009;8:65-6.
3. World Health Organization. World health report 2001. Mental health: new understanding, new hope. Geneva: World Health Organization, 2001.
4. World Health Organization. The global burden of disease: 2004 update. Geneva: World Health Organization, 2008.
5. Cavanagh JT, Carson AJ, Sharpe M et al. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. Psychol Med 2003;33:395-405.

6. Chwastiak LA, Tek C. The unchanging mortality gap for people with schizophrenia. *Lancet* 2009;374:590-2.
7. World Health Organization. Mental Health Gap Action Programme - Scaling up care for mental, neurological, and substance use disorders. Geneva: World Health Organization, 2008.
8. Thornicroft G, Tansella M. What are the arguments for community-based mental health care? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2003.
9. Thornicroft G, Tansella M. Better mental health care. Cambridge: Cambridge University Press, 2009.
10. Thornicroft G, Tansella M. Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care - Overview of systematic evidence. *Br J Psychiatry* 2004;185:283-90.
11. Thornicroft G, Tansella M. Balancing community-based and hospital-based mental health care. *World Psychiatry* 2002;1:84-90.
12. Hanlon C, Medhin G, Alem A et al. Measuring common mental disorders in women in Ethiopia: reliability and construct validity of the Comprehensive Psychopathological Rating Scale. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2008;43:653-9.
13. Fekadu A, O'Donovan MC, Alem A et al. Validity of the concept of minor depression in a developing country setting. *J Nerv Ment Dis* 2008;196:22-8.
14. Bartlett P, Lewis O, Thorold O. Mental disability and the European Convention on Human Rights. Leiden: Martinus Nijhoff, 2006.
15. Thornicroft G, Tansella M. Translating ethical principles into outcome measures for mental health service research. *Psychol Med* 1999;29:761-7.
16. Slade M. Personal recovery and mental illness. A guide for mental health professionals. Cambridge: Cambridge University Press, 2009.
17. United Nations. Convention on the rights of persons with disabilities. New York: United Nations, 2006.
18. United Nations. UN principles for the protection of persons with mental illness and for the improvement of mental health care. New York: United Nations, 1992.
19. Thornicroft G, Tansella M, Law A. Steps, challenges and lessons in developing community mental health care. *World Psychiatry* 2008;7:87-92.
20. Patel V, Thornicroft G. Packages of care for mental, neurological, and substance use disorders in low- and middle-income countries: PLoS Medicine Series. *PLoS Med* 2009;6:e1000160.
21. Patel V, Simon G, Chowdary N et al. Packages of care for depression in low- and middle-income countries. *PLoS Med* 2009;6:e1000159.
22. Benegal V, Chand PK, Obot IS. Packages of care for alcohol use disorders in low- and middle-income countries. *PLoS Med* 2009;6:e1000170.
23. de Jesus Mari J, Razzouk D, Thara R et al. Packages of care for schizophrenia in low- and middle-income countries. *PLoS Med* 2009;6:e1000165.
24. Mbuba CK, Newton CR. Packages of care for epilepsy in low- and middle-income countries. *PLoS Med* 2009;6:e1000162.
25. Prince M, Patel V, Saxena S et al. No health without mental health. *Lancet* 2007;370:859-77.
26. Patel V, Araya R, Chatterjee S et al. Treatment and prevention of mental disorders in low-income and middle-income countries. *Lancet* 2007;370:991-1005.
27. Saraceno B, Van Ommeren M, Batniji R et al. Barriers to improvement of mental health services in low-income and middle-income countries. *Lancet* 2007;370:1164-74.
28. Saxena S, Thornicroft G, Knapp M et al. Resources for mental health: scarcity, inequity, and inefficiency. *Lancet* 2007;370:878-89.
29. Jacob KS, Sharan P, Mirza I et al. Mental health systems in countries: where are we now? *Lancet* 2007;370:1061-77.
30. Chisholm D, Flisher AJ, Lund C et al. Scale up services for mental disorders: a call for action. *Lancet* 2007;370:1241-52.
31. World Health Organization. Mental Health Atlas, revised edition. Geneva: World Health Organization, 2005.
32. World Health Organization. Mental health systems in selected low and middle-income countries: a WHO-AIMS cross-national analysis. Geneva: World Health Organization, 2009.
33. World Health Organization. Policies and practices for mental health in Europe - Meeting the challenges. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2008.
34. Alem A, Jacobsson L, Hanlon C. Community-based mental health care in Africa: mental health workers' views. *World Psychiatry* 2008;7:54-7.
35. Knapp M, McDaid D, Mossialos E et al. Mental health policy and practice across Europe: an overview. In: Knapp M, McDaid D, Mossialos E et al (eds). *Mental health policy and practice across Europe*. Maidenhead: Open University Press, 2007:1-14.
36. Saxena S, Paraje G, Sharan P et al. The 10/90 divide in mental health research: trends over a 10-year period. *Br J Psychiatry* 2006;188:81-2.
37. Rudan I, Chopra M, Kapiriri L et al. Setting priorities in global child health research investments: universal challenges and conceptual framework. *Croat Med J* 2008;49:307-17.
38. Patel V. The future of psychiatry in low- and middle-income countries. *Psychol Med* 2009;39:1759-62.
39. Patel V, Maj M, Flisher AJ et al. Reducing the treatment gap for mental disorders: the World Psychiatric Association Survey on the Continuum of Care for Mental Disorders. Submitted for publication.
40. Eaton J, Agomoh AO. Developing mental health services in Nigeria: the impact of a community-based mental health awareness programme. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2008;43:552-8.
41. Corrigan PW, Penn DL. Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. *Am Psychol* 1999;54:765-76.
42. Wahl OF. Media madness: public images of mental illness. New Brunswick: Rutgers University Press, 1995.
43. Thornicroft G. Shunned: discrimination against people with mental illness. Oxford: Oxford University Press, 2006.
44. Pinfold V, Toulmin H, Thornicroft G et al. Reducing psychiatric stigma and discrimination: evaluation of educational interventions in UK secondary schools. *Br J Psychiatry* 2003;182:342-6.
45. Pinfold V, Huxley P, Thornicroft G et al. Reducing psychiatric stigma and discrimination - evaluating an educational intervention with the police force in England. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003;38:337-344.
46. Pinfold V, Thornicroft G, Huxley P et al. Active ingredients in antistigma programmes in mental health. *Int Rev Psychiatry* 2005;17:123-31.
47. Phelan JC, Yang LH, Cruz-Rojas R. Effects of attributing serious mental illnesses to genetic causes on orientations to treatment. *Psychiatr Serv* 2006;57:382-7.
48. Henderson C, Thornicroft G. Stigma and discrimination in mental illness: Time to Change. *Lancet* 2009;373:1930-2.
49. Dunion L, Gordon L. Tackling the attitude problem. The achievements to date of Scotland's 'See Me' anti-stigma campaign. *Mental Health Today* 2005;22-5.
50. Vaughan G, Hansen C. 'Like Minds, Like Mine': a New Zealand project to counter the stigma and discrimination associated with mental illness. *Australasian Psychiatry* 2004;12:113-7.
51. Sartorius N, Schulze H. Reducing the stigma of mental illness: a report from a Global Programme of the World Psychiatric Association. Cambridge: Cambridge University Press, 2005.
52. Thornicroft G, Brohan E, Rose D et al. Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey. *Lancet* 2009;373:408-15.
53. Link BG, Phelan JC. Conceptualizing stigma. *Annu Rev Sociol* 2001;27:363-85.
54. Corrigan PW, Larson JE, Rüsch N. Self-stigma and the "why try" effect: impact on life goals and evidence-based practices. *World Psychiatry* 2009;8:75-81.
55. Best M, Neuhauser D, Avedis Donabedian: father of quality assurance and poet. *Qual Saf Health Care* 2004;13:472-3.
56. World Health Organization. Human resources and training in mental health. Geneva: World Health Organization, 2005.
57. Deva PM. Training of psychiatrists for developing countries. *Aust N Z J Psychiatry* 1981;15:343-7.
58. Deva P. Psychiatric rehabilitation and its present role in developing countries. *World Psychiatry* 2006;5:164-5.

# Envejecimiento cognitivo y emocional satisfactorio

DILIP V. JESTE, COLIN A. DEPP, IPSIT V. VAHIA

Stein Institute for Research on Aging and Department of Psychiatry, University of California, San Diego, 9500 Gilman Drive, La Jolla CA 92093, USA

*Analizamos las definiciones, los factores determinantes y las formas de mejorar el envejecimiento cognitivo y emocional satisfactorio. La definición objetiva del envejecimiento satisfactorio basada en la salud física resalta los desenlaces y comprende la ausencia de discapacidad y enfermedad, en tanto que las definiciones subjetivas se centran en el bienestar, la integración social y la adaptación. La mayoría de las personas de edad avanzada no cumple criterios objetivos para el envejecimiento satisfactorio, mientras que la mayoría cumple los criterios subjetivos. Las personas de edad avanzada con enfermedades mentales graves no se excluyen del envejecimiento satisfactorio. Los factores determinantes del envejecimiento satisfactorio comprenden interacciones complejas entre las conductas relacionadas con el estilo de vida y el entorno social y los genes. La depresión interfiere en casi todos los factores determinantes del envejecimiento satisfactorio. Los medios para mejorar el envejecimiento satisfactorio que están comprobados por datos científicos son la restricción de calorías, el ejercicio físico, la estimulación cognitiva, el apoyo social y la optimización del estrés. Se describen las orientaciones futuras para la investigación del envejecimiento satisfactorio y las repercusiones en psiquiatría geriátrica.*

**Palabras clave:** Envejecimiento satisfactorio, ejercicio físico, estimulación cognitiva y apoyo social.

(*World Psychiatry* 2010;9:78-84)

Si bien la mayor parte del centro de la atención de la psiquiatría se dirige correctamente a las definiciones, los mecanismos y el tratamiento de los trastornos psiquiátricos, consideramos que también vale la pena investigar estados positivos de salud mental, entre ellos el envejecimiento cognitivo y emocional satisfactorio.

En los próximos años el envejecimiento cada vez será más pertinente para la psiquiatría, en virtud de la redistribución demográfica global sin precedentes y el incremento de los adultos de edad avanzada—p. ej., en Estados Unidos, por primera vez en la historia hay más adultos de edad avanzada que niños menores de 14 años—(1). Habrá una elevación desproporcionadamente mayor en el número de adultos de edad avanzada con trastornos psiquiátricos (2). La prevención o la ralentización del avance de las enfermedades del cerebro, incluidos los trastornos psiquiátricos, representan uno de los principales retos en los próximos decenios. El ampliar nuestros conocimientos de los procesos que intervienen en el envejecimiento satisfactorio puede ayudarnos a desarrollar enfoques innovadores para evitar las enfermedades psiquiátricas y promover la salud mental.

En este análisis describimos las diversas formas en que se ha definido el envejecimiento satisfactorio, los datos relativos a los factores pronósticos y mecanismos del envejecimiento satisfactorio y las intervenciones que pueden modificar favorablemente el curso del envejecimiento en personas con trastornos psiquiátricos y sin ellos.

## ¿CÓMO SE DEFINE EL ENVEJECIMIENTO SATISFACTORIO?

Aunque el «envejecimiento satisfactorio» no fue un tema explícito en la bibliografía biomédica hasta principios de la década de los sesenta (3), por mucho tiempo se ha tratado de comprender cómo fomentar la longevidad y los estados positivos de salud en las personas de edad avanzada. Los escritos de filósofos antiguos revelan diversas perspectivas de los desenlaces emocionales positivos en la edad avanzada. Se ha descrito el envejecimiento como un proceso en gran parte no tratable (4) por contraposición a uno que implica las posibilidades de adaptación a los nuevos roles (5). Los psiquiatras y los psicólogos modernos consideraron la vejez como un producto de las tareas en las primeras fases del desarrollo (6) o como un periodo de crecimiento continuado y conflictos que tenían que resolverse (7,8).

En las décadas de los setenta y los ochenta surgieron modelos formales en torno al envejecimiento satisfactorio. En su artículo influyente publicado en 1987, Rowe y Khan (9) observaron que la investigación sobre el envejecimiento estaba históricamente dominada por los empeños en distinguir entre el envejecimiento patológico y el «normal» y se prestaba escasa atención a la comprensión del extremo superior del proceso continuo (es decir, el envejecimiento satisfactorio). El envejecimiento satisfactorio se caracterizó como un proceso que conllevaba tres componentes: (a) ninguna enfermedad o discapacidad; (b) un funcionamiento cognitivo y físico satisfactorio y (c) una participación social y productiva. La Red de MacArthur sobre el Envejecimiento Satisfactorio operacionalizó estos criterios y durante un periodo de siete años realizó un seguimiento a una muestra de 1.000 adultos de edad avanzada que cumplían los criterios. Otro modelo destacado del envejecimiento satisfactorio propuesto más o menos durante el mismo periodo fue el de Baltes (10), quien describió el envejecimiento satisfactorio basándose en las trayectorias del desarrollo en el curso de la vida con un enfoque en la adaptación conductual y psicológica a las pérdidas.

Durante los dos decenios subsiguientes, en una serie de estudios epidemiológicos se han evaluado la frecuencia en la población y los factores pronósticos del envejecimiento satisfactorio utilizando diversas definiciones operacionalizadas. Depp y Jeste (11) identificaron 28 estudios con tamaños de muestras mayores de 100, publicados en revistas en inglés y que incluían a adultos de más de 60 años. En las definiciones operacionales proporcionadas en estos estudios, se utilizaron 14 componentes de un envejecimiento satisfactorio. El funcionamiento físico y la falta de discapacidad fueron incorporados en casi toda definición, pero ningún otro componente estaba presente en más de un 50% de los estudios. En general, en 28 estudios se emplearon 29 diferentes definiciones del envejecimiento satisfactorio. Por tanto, existía poco acuerdo entre los investigadores con respecto a los elementos del envejecimiento satisfactorio, a no ser por el funcionamiento físico.

En un subgrupo más pequeño de estudios se han utilizado métodos cualitativos (p. ej., grupos enfocados, encuestas, entrevistas personales) para identificar los componentes del envejecimiento satisfactorio (12-14). Estos estudios proporcionan un contraste interesante a los estudios cuantitativos que



se enfocaban más en atributos físicos y funcionales. En los estudios cualitativos, los adultos más ancianos tenían muchas más posibilidades de dar importancia a la adaptación a las enfermedades y a otros rasgos psicológicos (p. ej., optimismo, sentido de propósito) así como al compromiso (es decir, relaciones sociales) en sus conceptos de envejecimiento satisfactorio. Entre los estudios cualitativos, las perspectivas de los adultos de edad más avanzada al parecer difieren un poco según el método utilizado (p. ej., los grupos enfocados hacían hincapié en las experiencias compartidas relacionadas con el envejecimiento (13), en tanto que las entrevistas individuales se enfocaban más en la trayectoria del desarrollo) y según la cultura de origen (p. ej., las personas japonesas de edad avanzada citaban la pertenencia frente al énfasis de los estadounidenses en la independencia (15)).

Así como es difícil una definición acordada del envejecimiento satisfactorio, también han resultado un reto los esfuerzos paralelos para definir estados positivos en los trastornos psiquiátricos. Al igual que con el envejecimiento satisfactorio, hay una tensión entre los modelos de «remisión sostenida» en las enfermedades mentales crónicas y los de «restablecimiento» (16). El primer término corresponde a la noción de que no hay grados sindrómicos de síntomas relacionados con las alteraciones funcionales por un periodo (p. ej., dos años) en tanto que las definiciones de restablecimiento se centran en la adaptación para poder alcanzar el logro de metas (p. ej., «un camino de curación y transformación que permite a una persona... vivir una vida significativa en una población de su elección y a la vez luchar por alcanzar su potencial completo» (17). El restablecimiento, al igual que el envejecimiento satisfactorio subjetivamente definido, es más un proceso que un resultado, es más personalizado y no exige la ausencia de síntomas o de enfermedad.

El consenso limitado sobre el envejecimiento satisfactorio o el restablecimiento de trastornos psiquiátricos refleja algunas de las dificultades para definir estados positivos. En parte, esta dificultad se deriva de la falta de imperativos clínicos o de política para alcanzar el consenso, tales como los necesarios para definir términos diagnósticos. Otra dificultad para deslindar los estados positivos de otros es que algunos individuos son excluidos de ser clasificados como «satisfactorios». No obstante, hay algunos campos en que hay un acuerdo. Las definiciones de envejecimiento satisfactorio, remisión y restablecimiento son todas multidimensionales e integran múltiples dominios (p. ej., funcionamiento físico, cognitivo, emocional y social). Las definiciones subjetivas tienden a representar procesos y a resaltar el logro o el mantenimiento de metas, actitudes positivas hacia lo propio y el futuro y el logro de hitos sociales e integración. Las definiciones objetivas tienden a resaltar la falta de enfermedad y discapacidad. Por lo que respecta a las trayectorias, las definiciones de envejecimiento satisfactorio tienden a hacer hincapié en mitigar el deterioro, en tanto que el restablecimiento o la remisión presentan periodos prolongados de bienestar entre los episodios.

## ¿CUÁN FRECUENTE ES EL ENVEJECIMIENTO SATISFACTORIO?

Dada la falta de consenso con respecto a lo que constituye el envejecimiento satisfactorio, resulta poco sorprendente que sean tan variables las estimaciones de su frecuencia en la población. No obstante, hay tendencias interesantes en las tasas

comunicadas de envejecimiento satisfactorio, lo que depende de los componentes de las definiciones y también de la fuente de la evaluación. En el análisis de 28 estudios descritos antes, la tasa de envejecimiento satisfactorio en los estudios definidos por el investigador (11) fluctuó de un 0,4% a un 96%. La mediana del porcentaje de las personas que cumplían los criterios de envejecimiento satisfactorio fue del 35%. Esto es similar a lo observado en la Red de MacArthur sobre el Envejecimiento Satisfactorio, en la cual un tercio de los adultos de edad avanzada cumplían los criterios de Rowe y Khan operacionalizados para el envejecimiento satisfactorio (18). Combinando todos los estudios analizados, cuantos más componentes se incluyesen en el modelo, tanto más baja era la tasa de envejecimiento satisfactorio. Al evaluar la contribución de los componentes individuales del envejecimiento satisfactorio a la tasa global, resulta evidente que la presentación de discapacidad o enfermedades crónicas es más a menudo el factor limitante de la tasa, en tanto que la mayoría de los adultos de edad avanzada evaluados en la muestra tenían más participación social y un funcionamiento cognitivo relativamente no alterado.

En un número relativamente escaso de estudios se ha pedido a los adultos que se evalúen ellos mismos por lo que respecta al envejecimiento satisfactorio. En uno de estos estudios sobre 205 adultos de edad avanzada que vivían en la población, Montross et al., (19) observaron que la mayoría de los adultos de edad avanzada consideraban que tenían un envejecimiento satisfactorio, pese a tener enfermedades físicas o discapacidad. En un estudio que se ha expandido sobre este hallazgo, administramos un cuestionario de una encuesta a una muestra de 1979 mujeres de más de 60 años de edad, que fueron incorporadas en la iniciativa de la salud de las mujeres en San diego (20). Se les pidió a las encuestadas que se evaluaran a sí mismas en una escala de 1 (no satisfactoria) a 10 (muy satisfactoria). Como se ve en la figura 1, la gran mayoría de las personas de edad más avanzada se evaluaron a sí mismas con una calificación de 7 o más y sólo un pequeño porcentaje de las personas se evaluaron a sí mismas como «insatisfactorias». La mayoría de las personas se evaluaron a sí mismas como con un envejecimiento satisfactorio, aun cuando no cumplían los criterios objetivos del envejecimiento satisfactorio (cuadro 1) y esto es compatible con otros diversos estudios (14,21).

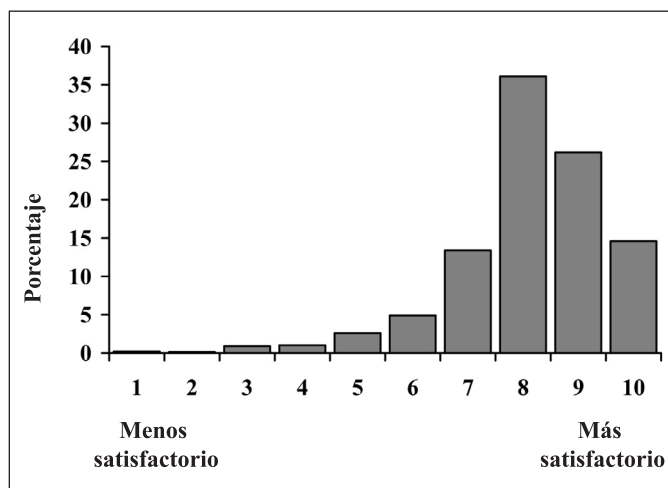


Figura 1. Distribución del envejecimiento satisfactorio autoevaluado en mujeres de edad avanzada (n = 1979).

**Tabla 1.** Porcentaje de la muestra (n = 1.979) que cumplió los criterios para los dominios del envejecimiento satisfactorio

| Dominio                                   | Definiciones operacionales                                                                                                                                                                                                                                   | Porcentaje de la muestra que cumple los criterios |
|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| Ausencia de enfermedad <sup>a</sup>       | Ausencia de cáncer, diabetes, hipertensión arterial, infartos de miocardio y otras cardiopatías, accidente cerebrovascular, osteoporosis, enfermedad de Parkinson y enfermedades respiratorias autonotificadas <sup>b</sup>                                  | 15%                                               |
| Ninguna discapacidad                      | Calificaciones en la SF-36 de «ninguna limitación» en la capacidad para a) levantar o transportar abarrotes, b) subir una serie de escaleras, c) agacharse/arrodillarse/ponerse de pie, d) caminar una cuadra o e) bañarse y vestirse sin ayuda <sup>b</sup> | 38%                                               |
| Funcionamiento cognitivo normal           | Calificación de 18 o más alta en la Prueba de Detección de la Evaluación Cognitiva autoadministrada                                                                                                                                                          | 71%                                               |
| Participación activa en la vida           | Visita a la familia o a los amigos por lo menos una vez a la semana y tiene tres o más amigos cercanos <sup>b</sup>                                                                                                                                          | 74%                                               |
| Dominio/crecimiento                       | Calificación de «a menudo es verdad» o «es verdad casi siempre» en el apartado «controlo mi vida» <sup>c</sup>                                                                                                                                               | 81%                                               |
| Adaptación positiva                       | Calificación de «a menudo es verdad» o «casi siempre o siempre» en los siguientes dos apartados: a) «puedo adaptarme al cambio» y b) «tiendo a recuperarme después de una enfermedad o a condiciones de vida difíciles» <sup>c</sup>                         | 81%                                               |
| Satisfacción en la vida                   | Calificación de por lo menos 73 en la SF-36 subescala de salud/bienestar emocional                                                                                                                                                                           | 84%                                               |
| Envejecimiento satisfactorio autoevaluado | Calificación que fluctúa de 7 a 10 en una escala de 1-10 en el apartado en que se pregunta «¿Cómo se evalúa a sí mismo en cuanto al envejecimiento satisfactorio?» <sup>b</sup>                                                                              | 90%                                               |
| Vida independiente                        | Vive independientemente en su propio domicilio o en una comunidad de jubilados; no reside en ningún centro de asistencia capacitado <sup>d</sup>                                                                                                             | 94%                                               |

SF-36, formato breve de 36.

<sup>a</sup>Según se describe en el análisis bibliográfico del envejecimiento satisfactorio realizado por Phelan y Larson (64)<sup>b</sup>Modelada con base en la definición operacional de Strawbrige et al. (21) sobre el envejecimiento satisfactorio: el porcentaje es comunicado por la muestra de Montross et al. (19)<sup>c</sup>Apartados derivados de la escala de fortaleza de Connor-Davidson (CD-RISC) (36)<sup>d</sup>Vida independiente utilizado por Roos y Havens (65)

Es poco lo que se sabe sobre la tasa de envejecimiento satisfactorio en personas con enfermedades mentales graves. En la esquizofrenia, los estudios de seguimiento a largo plazo llevados a cabo por Bleuler (22), Harding (23) y Ciompi (24) indican que, en contraste con las presuposiciones previas en torno al deterioro progresivo, una mayoría de los pacientes experimenta alteraciones significativas a una edad más avanzada. En tiempos más recientes, Bellak estimó que el 50% de las personas con esquizofrenia lograba por lo menos un restablecimiento breve durante el curso de su vida (16)

Este estimado es mayor que el relacionado con una remisión sostenida (es decir, ausencia de síntomas por dos años o más); en una muestra de 251 adultos de edad avanzada con esquizofrenia, Auslander et al., (25) descubrieron una tasa de remisiones sostenidas de casi un 10%.

En un estudio de personas de edad avanzada con esquizofrenia Cohen et al., (26) compararon los desenlaces utilizando cinco conceptos positivos diferentes: restablecimiento, remisión, integración en la comunidad, envejecimiento satisfactorio subjetivo y envejecimiento satisfactorio objetivo. En este estudio, los autores compararon a los pacientes esquizofrénicos con un grupo de control que residía en la misma población y equiparado en cuanto a edad, integrado por personas de edad avanzada sin trastornos mentales importantes. En el grupo con esquizofrenia, un 23% cumplía los criterios para la integración en la población (frente a un 41% del grupo de comparación), un 13% cumplió los criterios del envejecimiento satisfactorio subjetivo (frente a un 27% del grupo de comparación) y sólo el 2% cumplió con todos los criterios del envejecimiento satisfactorio objetivo (frente a un 19% del grupo de comparación).

Basándose en estos datos, parece probable que sólo una pequeña población de los adultos de edad avanzada esté envejeciendo satisfactoriamente según los criterios objetivos basados en la salud física, en tanto que un porcentaje muy elevado considera que están envejeciendo satisfactoriamente y cumple otros criterios psicosociales de envejecimiento satisfactorio.

Así mismo, si bien una minoría de las personas de edad avanzada con esquizofrenia experimenta remisión sostenida de los síntomas, un mucho menor número de ellas al parecer cumple los criterios objetivos para el envejecimiento satisfactorio.

## ¿CUÁLES SON LOS FACTORES QUE DETERMINAN Y MODIFICAN EL ENVEJECIMIENTO SATISFACTORIO?

En los estudios epidemiológicos, los factores que pronostican un envejecimiento satisfactorio según se definen por los criterios objetivos, parecen corresponder a los factores pronósticos de las enfermedades médicas crónicas (11). Esto es

**Tabla 2.** Correlaciones del envejecimiento satisfactorio autoevaluado en mujeres de edad avanzada (n = 1.979)

| Variable                                                                       | Coefficiente de correlación de Pearson |
|--------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| Edad cronológica                                                               | -0,044                                 |
| Grado de formación educativa                                                   | 0,081**                                |
| Ingresos                                                                       | 0,60*                                  |
| Actitud hacia el envejecimiento (Escala de la Moral Geriátrica de Filadelfia)  | 0,302**                                |
| Participación en actividades físicas (Escala de Actividad Recreativa de Godin) | 0,156**                                |
| SF-36 - Combinación de Salud Mental                                            | 0,161**                                |
| SF-36 - Escala de Salud Física                                                 | 0,266**                                |
| Prueba de Detección de la Capacidad Cognitiva                                  | 0,098**                                |
| Cuestionario de Deficiencias Cognitivas                                        | -0,149**                               |
| Escala de Fortaleza de Connor-Davidson                                         | 0,274**                                |
| Optimismo (Prueba de Orientación Vital)                                        | 0,229**                                |
| Síntomas depresivos (CES-D)                                                    | -0,275**                               |
| Escala de Estrés Percibido                                                     | -0,225**                               |

\*p &lt; 0,01; \*\*p &lt; 0,001.

SF-36 -Formato breve de 36 apartados; CES-D -Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos.

compatible con el concepto de basarse en el funcionamiento físico para las definiciones objetivas. Así mismo, en los estudios epidemiológicos longitudinales, los mejores factores que pronostican el envejecimiento satisfactorio son edad más joven, no presentación de artritis o diabetes y no tabaquismo. Sin embargo, para identificar el tratamiento satisfactorio autoevaluado, se ponen de manifiesto algunas respuestas diferentes. Por ejemplo, al evaluar la muestra de 1.979 mujeres antes descritas (tabla 2), identificamos varios factores pronósticos significativos del envejecimiento satisfactorio autoevaluado. La depresión surgió como una correlación negativa potente con el envejecimiento satisfactorio autoevaluado. Las correlaciones positivas comprendían optimismo, fortaleza, capacidad cognitiva y calidad de vida física y relacionada con la salud mental. Sin embargo, la edad cronológica no se relacionó con autoevaluaciones del envejecimiento satisfactorio, en tanto que los ingresos y la formación educativa se relacionaron en grado mínimo con el envejecimiento satisfactorio.

La contribución de los factores genéticos al envejecimiento satisfactorio es un campo de investigación emergente. Glatt et al., (27) analizaron estudios que evaluaban la influencia de los genes en las definiciones multidimensionales del envejecimiento satisfactorio en muestras de personas ancianas.

En estudios de casos y testigos en los que se evaluaron polimorfismos de un solo nucleótido (SMP), la variación alélica que fue significativamente diferente en los grupos «satisfactorios» frente a los grupos de comparación en dos o más informes comprendían seis genes: APOE, GSTT1, IL6, IL10, PON1 y SIRT3. Aunque sólo hubo 29 estudios con un consenso limitado sobre los fenotipos del envejecimiento satisfactorio, estos genes tienen posibles relaciones con procesos biológicos y factores de riesgo para las enfermedades durante el envejecimiento. No obstante, hay claramente un grado sustantivo en el cual la variación de los fenotipos de envejecimiento se deriva de influencias no hereditarias. En los estudios de gemelos, la longevidad en un 20-30%, aproximadamente, se atribuye a la herencia y la proporción de la variación del funcionamiento debida a la herencia en una muestra de personas de edad avanzada fue del 22% (28). Tanto la longevidad como el funcionamiento parecen menos heredables que la capacidad cognitiva (30-50%) (29).

La meta de modificar los procesos biológicos fundamentales que rigen la rapidez de envejecimiento representa un cambio con respecto al enfoque en enfermedades específicas (30). Si bien no hay una teoría unificante con respecto al envejecimiento y aún no está claro cuál es la naturaleza de los mecanismos del envejecimiento, hay mucho interés en el papel de la inflamación y la lesión oxidativa. En el ser humano, la exposición crónica al estrés se relaciona con alteraciones cromosómicas, daño a estructuras cerebrales y mortalidad inicial (31). La restricción calórica que puede dar por resultado la prolongación de la vida en ratones y seres humanos, al parecer reduce las concentraciones de biomarcadores inflamatorios (32). Una mayor integración social en los adultos de edad más avanzada también conlleva una disminución de la inflamación (33). No obstante, la relación con el estrés y la biología no es monotonía. Los grados leves de estrés, como los producidos por el ejercicio, las actividades cognitivas o la restricción de calorías, pueden estimular factores trópicos que desencadenan más resistencia al estrés (un proceso denominado hormesis)(34). Por consiguiente, las intervenciones orientadas a múltiples do-

minios pueden tener vías compartidas (p. ej., reducción de la inflamación; estimulación de un incremento de la resistencia al estrés). Estos estudios también señalan la necesidad de cuantificar la fortaleza, además del estrés. Hay medidas de fortaleza autonotificadas que ponen en evidencia las propiedades psicométricas satisfactorias en los adultos de edad avanzada (35,36) y a la vez es necesario elaborar paradigmas objetivos y experimentales de evaluación de la fortaleza para utilizarse en adultos de edad avanzada.

En una desviación de los conceptos más antiguos, ahora parece que el periodo de oportunidad para modificar los procesos que regulan el envejecimiento del cerebro no está restringido a las primeras etapas de la vida, sino que se extienden hacia la edad adulta más avanzada. Los cerebros de animales más seniles proporcionaron medios enriquecidos que muestran signos de sinaptogénesis (37) y neurogénesis en algunas regiones del cerebro (p. ej., la circunvolución dentada del hipocampo). Hay datos derivados de las investigaciones mediante neuroimágenes funcionales indicativos de que los adultos de edad avanzada con gran desempeño muestran más activación bilateral de las tareas cognitivas, lo que señala que el envejecimiento «satisfactorio» del cerebro puede implicar la reorganización y la compensación por el deterioro (38). En el ensayo más extenso de este tipo, el estudio comparativo aleatorizado Capacitación Cognitiva Avanzada para los Ancianos Independientes y Vitales (ACTIVE, por sus siglas en inglés), se observó que en los adultos de edad más avanzada sin demencia, la formación cognitiva breve en diversas modalidades mejoraba el desempeño en las pruebas cognitivas (39). Se han observado mejoras similares en la capacidad cognitiva con la capacitación cognitiva en la esquizofrenia, asociadas a diversos esfuerzos para idear intervenciones farmacológicas y no farmacológicas(40).

Más allá de las redes individuales y sociales y el compromiso social, según lo muestran nuevos enfoques en los análisis de redes, parecen estar los vectores de estados positivos de salud como felicidad (41) al igual que los negativos como la tristeza, la obesidad y el tabaquismo (42,43). En los adultos de edad más avanzada, la tristeza pronostica un incremento del riesgo de enfermedad de Alzheimer (44). Superpuesto la red social, el ambiente estructurado también influye en el acceso a las conductas saludables, la socialización y las actividades cognitivas (45). Por tanto, las influencias sobre el envejecimiento satisfactorio son complejas y operan en múltiples niveles, desde los genes hasta las vecindades.

Los rasgos psicológicos positivos tienen efectos notables sobre la mortalidad y una serie de estudios longitudinales indican que, aún después del ajuste con respecto a otras variables pertinentes, un sentido superior de propósito en la vida (46), optimismo (47) y una actitud más positiva hacia el envejecimiento (48) se relacionaron con vidas más prolongadas. Para comprender de qué manera estos rasgos modifican los desenlaces en el envejecimiento, será indispensable refinar estos conceptos amplios y aprender cómo pueden relacionarse con la función y el desarrollo del cerebro.

La sabiduría es un rasgo complejo que a menudo se asocia al envejecimiento. Es notable que el concepto de sabiduría del mundo occidental moderno sea en gran parte similar al observado en los textos religiosos y filosóficos antiguos, incluido el Bhagavad-Gita, un texto religioso/filosófico hindú que proba-



blemente fue escrito alrededor de 2000 A.C. (por ejemplo, un conocimiento enriquecido sobre la vida, el control emocional, la introspección, la acción ante la incertidumbre y enfocado en un bien común y en la compasión) (49).

En estudios no publicados, analizamos las relaciones entre los dominios de la sabiduría en la muestra de 1.973 mujeres ancianas antes mencionada que vivían en la población. Conceptuamos medidas para los dominios de la toma de decisiones sociales y pragmáticas, la homeostasis emocional, el tratamiento de la incertidumbre, la autorreflexión y la comprensión y la espiritualidad utilizando términos obtenidos de múltiples escalas que miden cognición, emoción y rasgos personales positivos. Utilizando la teoría de las respuestas a los apartados, observamos que las medidas de cada dominio tenían una consistencia interna aceptable y fiabilidad y que los dominios de la toma de decisiones sociales, la homeostasis emocional y el control de la incertidumbre se relacionaban en alto grado entre sí. La autorreflexión y la comprensión también se relacionaban mucho con otros tres dominios, pero en menor grado. No obstante, la espiritualidad, según se determinó en nuestro estudio, no se relacionó en grado significativo con los otros dominios de la sabiduría.

La sabiduría tiene un registro cartográfico en estructuras neurobiológicas (50). La regulación emocional, la toma de decisiones, el relativismo de los valores pueden implicar una regulación de las regiones límbicas y estriales del cerebro que opera de arriba hacia abajo. La corteza prefrontal lateral facilita la toma de decisiones calculada y basada en el razonamiento, en tanto que la corteza prefrontal interna interviene en la valencia emocional y las actitudes y conductas prosociales. Los circuitos neurológicos de la recompensa (cuerpo estriado ventral, núcleo acumbens) también son importantes para promover las actitudes y las conductas prosociales. Las características de la sabiduría al parecer son alteradas por lesiones cerebrales específicas. Por ejemplo, la demencia frontotemporal se caracteriza por impulsividad, disminución de la empatía y reactividad emocional. Las mismas estructuras cerebrales (p. ej., corteza prefrontal) están indicadas tanto en los déficit de sabiduría como en las disfunciones del lóbulo frontal, haciendo recordar los cambios en el carácter mostrados por el caso histórico de Phineas Gage (51), así como los informes más recientes que describen las disfunciones cognitivas secundarias al daño del lóbulo prefrontal ventromedial (51). De ahí que pueda ser posible estudiar la sabiduría como un rasgo neurobiológicamente determinado.

### **¿CUÁLES SON LAS REPERCUSIONES DE LOS FACTORES DETERMINANTES DEL ENVEJECIMIENTO SATISFACTORIO EN LOS TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS A UNA EDAD AVANZADA?**

En congruencia con la gran correlación negativa entre el envejecimiento satisfactorio autoevaluado y la depresión, casi todos los factores determinantes del envejecimiento satisfactorio antes analizados tienen una repercusión negativa de la depresión. La depresión se asocia a tasas más bajas de ejercicio y de peor nutrición, más aislamiento social y disminución de la participación en la actividad productiva y la perspectiva negativa sobre el futuro y el yo. Incluso los síntomas subsindrómicos de depresión se relacionan con los efectos negativos amplios a través de los fenotipos relacionados con el envejecimiento (20). La inflamación y los procesos

biológicos asociados al estrés intervienen como una vía compartida tanto para los síntomas depresivos como para las alteraciones cognitivas en las personas de edad avanzada (52). Es posible que estas relaciones sean bidireccionales. Por ejemplo, la disminución de la participación social lleva a una mayor depresión y viceversa (53). También resulta evidente que si bien están mejorando las tendencias en algunas conductas relacionadas con la salud (p. ej., disminución del tabaquismo), otras como las dietas saludables, la actividad física y la integración social pueden estar disminuyendo pese a todos los datos indicativos de sus ventajas (54).

Al mismo tiempo, al parecer las intervenciones para mejorar las conductas relacionadas con el estilo de vida o la participación social, aunque no se dirigen específicamente a la depresión, pueden tener efectos antidepresivos en las personas de edad más avanzada. De hecho, los estudios comparativos aleatorizados respaldan la utilidad del ejercicio en el tratamiento de la depresión a una edad avanzada (55) y están surgiendo pruebas de que la capacitación cognitiva dirigida a la velocidad del procesamiento (56) así como los patrones de alimentación (57) pueden reducir o evitar los síntomas depresivos. Las intervenciones de múltiples componentes dirigidas a incrementar los estilos de vida saludables al parecer producen cambios en la función cerebral según se detectan mediante los estudios por neuroimágenes (58). Esto indica que el arsenal de tratamientos psiquiátricos geriátricos puede necesitar expandirse para incluir intervenciones que modifiquen el estilo de vida.

### **¿HACIA DÓNDE NOS DIRIGIMOS A PARTIR DE AQUÍ? ORIENTACIONES FUTURAS EN EL ENVEJECIMIENTO SATISFACTORIO**

Aunque claramente hay un gran interés del público y un imperativo por definir y fomentar el envejecimiento satisfactorio, su definición sigue siendo controvertible. ¿Cómo podremos lograr un mayor consenso en relación con el envejecimiento satisfactorio? Al igual que en la definición del restablecimiento frente a la remisión de los trastornos psiquiátricos (16) existe un abismo entre las definiciones de los investigadores y el lego —la de los primeros describe la ausencia de enfermedad y discapacidad y la del segundo se enfoca en adaptación, significación y conexión. Debiera ser posible integrar mejor estas perspectivas e incorporar en las definiciones tanto elementos subjetivos como objetivos. Así mismo, algunos conceptos incluidos en las definiciones objetivas, como fortaleza y sabiduría, aún no están adecuadamente operacionalizadas; mejores instrumentos para medir tales conceptos les permitirán incorporarse en estudios epidemiológicos. Las iniciativas de «caja de herramientas» que unifiquen la medición de los conceptos y utilicen evaluaciones más dimensionales también podrían mejorar la congruencia entre los estudios (59). En muchos estudios se han comunicado efectos de la edad en los estudios transversales, aunque el verdadero interés radica en comprender los procesos causales y dinámicos del envejecimiento. Los avances metodológicos que permiten una acumulación más eficiente de los datos longitudinales, como los diseños longitudinales acelerados (60), podrían ayudar a incrementar la potencia para detectar procesos más que desenlaces. Los estudios de este tipo podrían vincular fenotipos amplios (p. ej., participación social) con los fenotipos intermedios que pueden medirse de manera



más objetiva (p. ej., extroversión) y con biomarcadores (p. ej., oxitocina). La operacionalización de la fragilidad representa un ejemplo útil de definir un fenotipo complejo basado en sus procesos biológicos básicos (61) y podría proporcionar un modelo en este sentido. Hemos tomado los pasos en esta dirección, mediante la fragmentación de la sabiduría en una serie de componentes neurobiológicos putativos (50).

Por fortuna, aun con las dificultades para definir el envejecimiento satisfactorio, hay una notable convergencia en algunos de los componentes y sus influencias ambientales. En concreto, hay muchas vías compartidas entre el estrés y la inflamación, la obesidad y la conducta sedentaria, y el riesgo de alteraciones de la capacidad cognitiva, la depresión y las enfermedades cardiovasculares. Las intervenciones como la restricción calórica pueden funcionar al principio de esta vía. Una alternativa es que las intervenciones dirigidas a múltiples dianas, como las que combinan la actividad física y la estimulación cognitiva, pueden tener un efecto sinérgico sobre los procesos biológicos básicos. Nuevas tecnologías, como los juegos de ejercicio (exergames) que utilizan videojuegos para combinar la actividad física, la actividad placentera y la estimulación cognitiva, pueden reducir la depresión subsindrómica a una edad avanzada (62). Las intervenciones de multinivel, por ejemplo las que están dirigidas al individuo y al entorno estructurado, también son vías promisorias para modificar la conducta (63).

Dada la repercusión de la depresión sobre el envejecimiento satisfactorio, así como la prominencia creciente de la salud cerebral como un problema de salud pública, los tratamientos psiquiátricos podrían repercutir en la posibilidad de un envejecimiento satisfactorio en muchas personas. La psiquiatría, incluida la psiquiatría geriátrica, debería ampliar su alcance para incluir la mejora de los estilos de vida, la función social y otros aspectos del restablecimiento. Puesto que las edades máximas para la mayor parte de las funciones ocurren en la adolescencia tardía (30), el alterar las trayectorias relacionadas con la edad se debiera comenzar en una etapa inicial. Por lo contrario, puesto que ahora sabemos sobre la plasticidad del cerebro que envejece, nunca es demasiado tarde para tratar de lograr un envejecimiento satisfactorio en personas con y sin enfermedades psiquiátricas.

## Agradecimientos

Este estudio fue respaldado parcialmente por las donaciones K23MH077225 y P30MH066248 del National Institute of Mental Health y por el Sam and Rose Stein Institute for Research on Aging.

## Bibliografía

- Administration on Aging. The road to an aging policy for the 21st century. Washington: White House Conference on Aging, 1996.
- Jeste DV, Alexopoulos GS, Bartels SJ et al. Consensus statement on the upcoming crisis in geriatric mental health: research agenda for the next two decades. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56:848-53.
- Havighurst RJ. Successful aging. *Gerontologist* 1961;1:8-13.
- Chandler AR. Aristotle on mental aging. *J Gerontol* 1948;3:220-4.
- Cicero MT. On old age. Kila: Kessinger, 2004.
- Freud S. On psychotherapy. In: Standard edition of the complete works of Sigmund Freud, Vol. 7. London: Hogarth Press, 1905/1953.
- Jung CG. Modern man in search of a soul. New York: Harcourt, Brace & World, 1933.
- Erikson E. Eight ages of man. *Int J Psychoanal* 1966;2:281-300.
- Rowe JW, Kahn RL. Human aging: usual and successful. *Science* 1987;237:143-9.
- Baltes PB. On the incomplete architecture of human ontogeny: selection, optimization, and compensation as foundation of developmental theory. *Am Psychol* 1997;52:366-80.
- Depp CA, Jeste DV. Definitions and predictors of successful aging: a comprehensive review of larger quantitative studies. *Am J Geriatr Psychiatry* 2006;14:6-20.
- Knight T, Ricciardelli LA. Successful aging: perceptions of adults aged between 70 and 101 years. *Int J Aging Hum Dev* 2003;56:223-45.
- Reichstadt J, Depp CA, Palinkas LA et al. Building blocks of successful aging: a focus group study of older adults' perceived contributors to successful aging. *Am J Geriatr Psychiatry* 2007;15:194-201.
- von Faber M, Bootsma-van der Wiel A, van Exel E et al. Successful aging in the oldest old: who can be characterized as successfully aged? *Arch Intern Med* 2001;161:2694-700.
- Phelan EA, Anderson LA, LaCroix AZ et al. Older adults' views of «successful aging» - How do they compare with researchers' definitions? *J Am Geriatr Soc* 2004;52:211-6.
- Bellack AS. Scientific and consumer models of recovery in schizophrenia: concordance, contrasts, and implications. *Schizophr Bull* 2006;32:432-42.
- U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. National consensus statement on mental health recovery. [www.mentalhealth.samhsa.gov](http://www.mentalhealth.samhsa.gov).
- Berkman LF, Seeman TE, Albert M et al. High, usual and impaired functioning in community-dwelling older men and women: findings from the MacArthur Foundation Research Network on Successful Aging. *J Clin Epidemiol* 1993;46:1129-40.
- Montross LP, Depp C, Daly J et al. Correlates of self-rated successful aging among community-dwelling older adults. *Am J Geriatr Psychiatry* 2006;14:43-51.
- Vahia IV, Meeks TW, Thompson WK et al. Subsyndromal depression and successful aging in older women. *Am J Geriatr Psychiatry* 2010;18:212-20.
- Strawbridge WJ, Wallhagen MI, Cohen RD. Successful aging and well-being: self-rated compared with Rowe and Kahn. *Gerontologist* 2002;42:727-33.
- Bleuler M. Die spatschizophrenen krankheitsbilder. *Fortschr Neurol Psychiatrie* 1943;15:259-90.
- Harding CM. Changes in schizophrenia across time: paradoxes, patterns and predictors. In: Carl I, Cohen M (eds). *Schizophrenia into later life*. Washington: American Psychiatric Publishing Inc., 2003:19-42.
- Ciampi L. Catamnestic long-term study on the course of life and aging of schizophrenics. *Schizophr Bull* 1980;6:606-18.
- Auslander LA, Lindamer LL, Delapena J et al. A comparison of community-dwelling older schizophrenia patients by residential status. *Acta Psychiatr Scand* 2001;103:380-6.
- Cohen CI, Pathak R, Ramirez PM et al. Outcome among community dwelling older adults with schizophrenia: results using five conceptual models. *Commun Ment Health J* 2009;45:151-6.
- Glatt SJ, Chayavichitsilp P, Depp C et al. Successful aging: from phenotype to genotype. *Biol Psychiatry* 2007;62:282-93.
- Gurland BJ, Page WF, Plassman BL. A twin study of the genetic contribution to age-related functional impairment. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2004;59:859-63.
- Read S, Pedersen NL, Gatz M et al. Sex differences after all those years? Heritability of cognitive abilities in old age. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2006;61:137-43.

30. Cutler RG, Mattson MP. The adversities of aging. *Ageing Res Rev* 2006;5:221-38.
31. Charney DS. Psychobiological mechanisms of resilience and vulnerability: implications for successful adaptation to extreme stress. *Am J Psychiatry* 2004;161:195-216.
32. Martin B, Mattson MP, Maudsley S. Caloric restriction and intermittent fasting: two potential diets for successful brain aging. *Ageing Res Rev* 2006;5:332-53.
33. Loucks EB, Berkman LF, Gruenewald TL et al. Social integration is associated with fibrinogen concentration in elderly men. *Psychosom Med* 2005;67:353-8.
34. Mattson MP, Magnus T. Ageing and neuronal vulnerability. *Nat Rev Neurosci* 2006;7:278-94.
35. Lamond AJ, Depp CA, Allison M et al. Measurement and predictors of resilience among community-dwelling older women. *J Psychiatr Res* 2008;43:148-54.
36. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress Anxiety* 2003;18:76-82.
37. Milgram NW, Head E, Zicker SC et al. Long-term treatment with antioxidants and a program of behavioral enrichment reduces age-dependent impairment in discrimination and reversal learning in beagle dogs. *Exp Gerontol* 2004;39:753-65.
38. Cabeza R, Anderson ND, Locantore JK et al. Aging gracefully: compensatory brain activity in high-performing older adults. *Neuroimage* 2002;17:1394-402.
39. Willis SL, Tennstedt SL, Marsiske M et al. Long-term effects of cognitive training on everyday functional outcomes in older adults. *JAMA* 2006;296:2805-14.
40. McGurk SR, Twamley EW, Sitzler DI et al. A meta-analysis of cognitive remediation in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2007;164:1791-802.
41. Fowler JH, Christakis NA. Dynamic spread of happiness in a large social network: longitudinal analysis over 20 years in the Framingham Heart Study. *BMJ* 2008;337:a2338.
42. Christakis NA, Fowler JH. The spread of obesity in a large social network over 32 years. *N Engl J Med* 2007;357:370-9.
43. Christakis NA, Fowler JH. The collective dynamics of smoking in a large social network. *N Engl J Med* 2008;358:2249-58.
44. Wilson RS, Krueger KR, Arnold SE et al. Loneliness and risk of Alzheimer disease. *Arch Gen Psychiatry* 2007;64:234-40.
45. Gordon-Larsen P, Nelson MC, Page P et al. Inequality in the built environment underlies key health disparities in physical activity and obesity. *Pediatrics* 2006;117:417-24.
46. Krause N. Meaning in life and mortality. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2009;64:517-27.
47. Giltay EJ, Geleijnse JM, Zitman FG et al. Dispositional optimism and all-cause and cardiovascular mortality in a prospective cohort of elderly Dutch men and women. *Arch Gen Psychiatry* 2004;61:1126-35.
48. Levy BR. Mind matters: cognitive and physical effects of aging self-stereotypes. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2003;58:203-11.
49. Jeste DV, Vahia I. Comparison of the conceptualization of wisdom in ancient Indian literature with modern views: focus on the Bhagavad Gita. *Psychiatry* 2008;71:3.
50. Meeks TW, Jeste DV. Neurobiology of wisdom?: an overview. *Arch Gen Psychiatry* 2009;66:355-65.
51. Cato MA, Delis DC, Abildskov TJ et al. Assessing the elusive cognitive deficits associated with ventromedial prefrontal damage: a case of a modern-day Phineas Gage. *J Int Neuropsychol Soc* 2004;10:453-65.
52. O'Hara R. Stress, aging, and mental health. *Am J Geriatr Psychiatry* 2006;14:295-8.
53. Taylor MG, Lynch SM. Trajectories of impairment, social support, and depressive symptoms in later life. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2004;59:S238-S46.
54. Olshansky SJ, Passaro DJ, Hershow RC et al. A potential decline in life expectancy in the United States in the 21st century. *N Engl J Med* 2005;352:1138-45.
55. Blumenthal JA, Babyak MA, Moore KA et al. Effects of exercise training on older patients with major depression. *Arch Intern Med* 1999;159:2349-56.
56. Wolinsky FD, Vander Weg MW, Martin R et al. The effect of speed-of-processing training on depressive symptoms in ACTIVE. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2009;64:468-72.
57. Sanchez-Villegas A, Delgado-Rodriguez M, Alonso A et al. Association of the Mediterranean dietary pattern with the incidence of depression: the Seguimiento Universidad de Navarra/University of Navarra follow-up (SUN) cohort. *Arch Gen Psychiatry* 2009;66: 1090-8.
58. Small GW, Silverman DH, Siddarth P et al. Effects of a 14-day healthy longevity lifestyle program on cognition and brain function. *Am J Geriatr Psychiatry* 2006;14:538-45.
59. Zerhouni EA. US biomedical research: basic, translational, and clinical sciences. *JAMA* 2005;294:1352-8.
60. Tucker-Drob EM, Johnson KE, Jones RN. The cognitive reserve hypothesis: a longitudinal examination of age-associated declines in reasoning and processing speed. *Dev Psychol* 2009;45:431-46.
61. Fried LP, Tangen CM, Walston J et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2001;56: M146-56.
62. Rosenberg D, Depp CI, Vahia IV et al. Exergames for subsyndromal depression in older adults: a pilot study. *Am J Geriatr Psychiatry* 2010;18:221-6.
63. Sallis JF, Cervero RB, Ascher W et al. An ecological approach to creating active living communities. *Annu Rev Public Health* 2006;27:297-322.
64. Phelan EA, Larson EB. "Successful aging" – where next? *J Am Geriatr Soc* 2002;50:1306-8.
65. Roos NP, Havens B. Predictors of successful aging: a twelve-year study of Manitoba elderly. *Am J Publ Health* 1991;81:63-8.
66. Andresen EM, Bowley N, Rothenberg BM. Test-retest performance of a mailed version of the Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey among older adults. *Med Care* 1996;34:1165-70.

# Uso problemático de Internet: un panorama general

ELÍAS ABOUJAOUDE

*Impulse Control Disorders Clinic, Stanford University School of Medicine, 401 Quarry Rd., Stanford, CA 94305, USA*

*Hay un amplio consenso sobre la noción de que la Internet puede ser una herramienta que favorezca el bienestar. Sin embargo, es más difícil llegar a un consenso en torno a la cuestión del uso problemático de Internet. Esto puede deberse en parte a que las investigaciones científicas se han rezagado con respecto a los avances tecnológicos y la atención por los medios de comunicación. Los esquemas diagnósticos que se ha propuesto desde 1996 y las herramientas de detección que se han desarrollado resaltan las similitudes con el consumo de drogas, los trastornos por control de impulsos y el trastorno obsesivo-compulsivo. Las cifras de prevalencia varían en función de la definición diagnóstica que se utilice, el grupo de edad que se estudie y si las encuestas se llevaron a cabo en línea. Los estudios señalan altas tasas de comorbilidad con trastornos afectivos y, entre los individuos de menos edad, con el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. El tratamiento debe resolver cualquier trastorno concomitante presente y los que puedan estar causando o exacerbando el uso problemático de Internet. Las intervenciones que específicamente pueden dirigirse al uso problemático de Internet comprenden psicoterapia cognitiva conductual e inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, pero se necesitan más estudios para tener directrices detalladas. Se precisa más investigaciones sobre la fisiopatología, la epidemiología, la evolución natural y el tratamiento del uso problemático de Internet. Además, también merecen atención los cambios psicológicos más sutiles, como la desinhibición, que parece caracterizar la conducta en línea de las personas, aun cuando no se puedan considerar necesariamente patológicas.*

**Palabras clave:** Internet, uso problemático, trastornos del control de los impulsos, comorbilidad, psicoterapia cognitiva conductual.

*(World Psychiatry 2010;9:85-90)*

La “aldea global”, una metáfora utilizada para describir de qué manera Internet ha abreviado las distancias y facilitado el flujo de información, ha crecido a más de mil millones de usuarios (1).

Las estadísticas en todo el mundo resaltan su alcance y penetración: un 90% de los domicilios surcoreanos se conectan a la banda ancha de gran velocidad económica (2); los londinenses se la pasan un promedio de 45 días al año en línea, más de lo que invierten viendo televisión (3); y la tasa de incremento del número de usuarios de Internet en África y en el Medio Oriente ha superado un 1.300% entre 2000 y 2009 (4).

Para la mayoría de los usuarios de la Internet, la World Wide Web representa una tremenda fuente de oportunidades que favorecen el bienestar. Sin embargo, a otros puede llevarlos a un estado que parece cumplir la definición de un trastorno mental según el DSM, que se describe como “un síndrome conductual o psicológico clínicamente importante... que se acompaña de ansiedad... o de un incremento notable del riesgo de sufrir muerte, dolor, discapacidad o pérdida importante de la libertad” (5).

La comprensión científica de este estado se ha quedado rezagada con respecto a la atención por los medios (6), lo cual en parte se debe a la incoherencia para definir el problema (7), el desacuerdo en torno a su propia existencia (8) y la metodología de investigación variable que se utiliza para estudiarlo. De todas maneras, una serie de datos obtenidos por científicos de Oriente y Occidente

(Oriente cada vez más lleva la delantera) indican que hay que tener cautela en torno al potencial de Internet de producir daño psicológico.

## DEFINICIÓN DIAGNÓSTICA

En 1996, el psicólogo K. Young fue el primero en publicar un informe de caso detallado de un uso problemático de Internet (9). Su “paciente cero” era una ama de casa de 43 años de edad no orientada a la tecnología, con una “vida hogareña satisfecha y sin adicción previa ni antecedente psiquiátrico”, quien al cabo de tres meses de descubrir las salas de charlas (chat), estaba ocupando hasta 60 horas por semana en línea. La paciente refirió sentirse excitada en frente del ordenador y deprimida, ansiosa e irritable cuando se desconectaba. Describió tener una adicción al medio “como si lo tuviese al alcohol”. Al cabo de un año de adquirir su propio ordenador para su domicilio, hacía caso omiso de las tareas domésticas, había renunciado a sus actividades sociales que solía disfrutar y se había llegado a separar de sus dos hijas adolescentes y su esposo de 17 años.

Basándose en esta y en otras pacientes que entrevistó, Young propuso la primera serie de criterios diagnósticos para lo que denominó “adicción a Internet”. Los modeló basándose en la definición de dependencia de sustancias del DSM-IV debido a las similitudes que observó con los estados de tolerancia (en los que se necesitan más cantidad de la sustancia para lograr el mismo efecto) y privación

(malestar psicológico o físico al reducir o suspender la sustancia) (9).

Otros investigadores conceptuaron el uso problemático de Internet como una adicción conductual que no implica una sustancia intoxicante (10) y Young ulteriormente actualizó su definición en su cuestionario diagnóstico, adaptando los criterios del DSM-IV para el juego patológico, un trastorno del control de los impulsos a menudo descrito como una adicción conductual (11) (Tabla 1). El cuestionario, que establecía como requisito que se cumpliesen un mínimo de cinco de los ocho criterios para el diagnóstico de adicción a Internet, no ha sido objeto de pruebas psicométricas adecuadas.

Shapira et al., (12) propusieron cinco años más tarde un esquema diagnóstico más incluyente, del estilo general de los trastornos de control de los impulsos. Adujeron que las definiciones basadas únicamente en la dependencia de sustancias o en el juego patológico eran demasiado limitadas para captar la población de usuarios de Internet problemático y podían llevar a conclusiones prematuras en torno al nuevo trastorno y los pacientes. Se abstuvieron de la designación “adicción a Internet” por falta de pruebas científicas de una verdadera adicción y recomendaron la definición menos controvertible “uso problemático de Internet”, definiéndolo como (a) preocupación inadaptada por el uso de Internet, que se experimenta como el uso irresistible por periodos más prolongados que el deseado; (b) ansiedad importante o alteración como resultado de la conducta



y (c) la falta de otros trastornos del eje I que podrían explicar la conducta, por ejemplo, manía o hipomanía.

Hasta el momento, sólo dos estudios han tratado de establecer criterios diagnósticos en forma empírica mediante su evaluación con referencia al diagnóstico establecido basándose en una entrevista psiquiátrica sistemática. Ko et al., (13) evaluaron una serie de criterios en 468 estudiantes de secundaria taiwaneses. Comenzando con 13 criterios putativos, eliminaron los que tenían una baja precisión diagnóstica y determinaron que un umbral de seis de los nueve criterios restantes había sido la mejor precisión diagnóstica y a la vez había mantenido una gran especificidad (97,1%) y una sensibilidad aceptable (87,5%). El criterio para la alteración funcional se enumeraba por separado como criterio B y era necesario para el diagnóstico (Tabla 2). En un segundo estudio, Ko et al., (14) confirmaron la precisión diagnóstica de sus criterios en una muestra de mayor edad de 216 estudiantes universitarios taiwaneses. Sin embargo, el tamaño relativamente pequeño de los dos estudios y el carácter no representativo de los grupos estudiados limita la aplicabilidad de los criterios propuestos a la población general.

Se han propuesto varias escalas de evaluación para detectar y ayudar al diagnóstico del uso problemático de Internet. Como grupo, estos instrumentos no muestran ningún consenso en torno a las dimensiones subyacentes que constituyen el trastorno (6,15). Además del Cuestionario Diagnóstico de Young, hay dos de uso relativamente frecuente en investigación o en el contexto clínico: la Prueba de Adicción a Internet de Young (16) y la Escala de la Adicción de Internet de Chen (17). La prueba de adicción de Internet de Young (16) consta de 20 preguntas “de con cuánta frecuencia” cada una evaluada en una escala de 1 a 5 (1 = raras veces; 2 = esporádicamente; 3 = con frecuencia; 4 = a menudo; 5 = siempre). Una calificación de 80 o más es compatible con el uso problemático (Tabla 3). Las propiedades psicométricas del instrumento fueron estudiadas en 86 personas (18). Se extrajeron seis factores del cuestionario: prominencia, uso excesivo, descuido del trabajo, expectación, falta de control y descuido de la vida social. Estos factores mostraron

**Tabla 1.** Cuestionario diagnóstico de Young para la adicción a Internet (11)

**Diagnóstico sugerido por cinco o más respuestas “sí” a las siguientes preguntas:**

1. ¿Se siente preocupado por Internet (piensa en la actividad internética previa o tiene la expectativa de la próxima sesión en línea)?
2. ¿Siente la necesidad de utilizar Internet por períodos cada vez más prolongados para lograr la satisfacción?
3. ¿Ha hecho esfuerzos infructuosos una y otra vez por controlar, reducir o suspender el uso de Internet?
4. ¿Se siente inquieto, malhumorado, deprimido o irritable cuando trata de reducir o suspender el uso de Internet?
5. ¿Se mantiene en línea por más tiempo que el originalmente pretendido?
6. ¿Ha puesto en peligro o ha arriesgado la pérdida de relaciones importantes, trabajo, oportunidades de educación o profesionales a causa de la Internet?
7. ¿Ha mentado a familiares, psicoterapeuta u otras personas para ocultar su grado de ocupación con la Internet?
8. ¿Utiliza la Internet como una forma de evadir los problemas o de aliviar un estado de ánimo disfórico (p. ej., sensaciones de desesperanza, culpa, ansiedad, depresión)?

**Tabla 2.** Criterios diagnósticos para la adicción a Internet propuestos por Ko et al. (13)

- A. Seis o más de los siguientes puntos:
  1. Preocupación por las actividades de Internet
  2. Deficiencia recurrente a resistirse al impulso para utilizar la Internet
  3. Tolerancia: un incremento notable en el uso de Internet necesario para lograr la satisfacción
  4. Privación, según se manifiesta por cualquiera de los siguientes: a) síntomas de estado de ánimo disfórico, ansiedad, irritabilidad y aburrimiento después de varios días sin actividad en Internet; b) uso de Internet para aliviar o evitar los síntomas de privación
  5. Uso de Internet por un período más prolongado que el propuesto
  6. Deseo persistente o intentos infructuosos de suspender o reducir el uso de Internet
  7. Tiempo excesivo invertido en actividades de Internet
  8. Esfuerzo excesivo invertido en actividades necesarias para obtener acceso a la Internet
  9. Uso intenso de Internet continuado pese al conocimiento del problema físico o psicológico causado o exacerbado por el uso de la Internet.
- B. Alteración funcional. Una o más de:
  1. Uso recurrente de Internet que da por resultado una imposibilidad para cumplir las obligaciones importantes
  2. Alteración de las relaciones sociales
  3. Conducta que viola las reglas escolares o las leyes debido al uso de Internet
- C. La conducta adictiva en Internet no es mejor explicable por ningún otro trastorno.

**Tabla 3.** Prueba de Adicción a Internet de Young (16)

**Responda a las siguientes preguntas de la escala de Likert:**

**1 = raras veces; 2 = esporádicamente; 3 = con frecuencia; 4 = a menudo; 5 = siempre**

1. ¿Con qué frecuencia se da cuenta de que se mantiene en línea por más tiempo que el que usted deseaba?
2. ¿Con qué frecuencia descuida las tareas domésticas para pasar más tiempo en línea?
3. ¿Con qué frecuencia prefiere la excitación de la Internet a la intimidad con su pareja?
4. ¿Con qué frecuencia adquiere nuevas relaciones con compañeros usuarios de Internet?
5. ¿Con qué frecuencia otras personas cercanas a usted se quejan por el tiempo que ocupa en Internet?
6. ¿Con qué frecuencia las calificaciones o el trabajo escolar resultan afectados por el tiempo que usted invierte en línea?
7. ¿Con qué frecuencia revisa su correo electrónico antes que cualquier otra cosa que necesite hacer?
8. ¿Con qué frecuencia la ejecución de su trabajo o su productividad sufren a causa de la Internet?
9. ¿Con qué frecuencia se vuelve defensivo o guarda secreto cuando alguien le pregunta qué es lo que hace en línea?
10. ¿Con qué frecuencia bloquea pensamientos perturbadores sobre su vida con pensamientos calmantes de la Internet?
11. ¿Con qué frecuencia se encuentra a la expectativa de cuándo se volverá a conectar a Internet?
12. ¿Con qué frecuencia teme que su vida sin Internet sería aburrida, vacía y sin disfrute?
13. ¿Con qué frecuencia habla con brusquedad, grita o se enfada si alguien lo molesta mientras está en línea?
14. ¿Con qué frecuencia deja de dormir debido a su conexión a Internet a altas horas de la noche?
15. ¿Con qué frecuencia se siente preocupado por la Internet cuando no está en línea o tiene fantasías con respecto a estar conectado?
16. ¿Con qué frecuencia se encuentra usted diciendo “sólo unos minutos más” mientras está en línea?
17. ¿Con qué frecuencia trata de reducir el tiempo que invierte en línea y no lo logra?
18. ¿Con qué frecuencia trata de ocultar por cuánto tiempo ha estado en línea?
19. ¿Con qué frecuencia opta por pasar más tiempo en línea en vez de salir con otros?
20. ¿Con qué frecuencia se siente deprimido, de mal humor o nervioso cuando no está conectado a Internet, lo cual desaparece una vez que se vuelve a conectar?

Puntuación: 20 a 49 puntos, usuario de Internet promedio; 50-79 puntos, problemas esporádicos o frecuentes a causa de la Internet; 80-100, el uso de Internet está causando problemas importantes.



**Tabla 4.** Escala de adicción de Internet de Chen (17, con adaptaciones)

**Considerando los últimos tres meses, evalúe el grado en el cual cada afirmación se corresponde con su experiencia (1 = no se corresponde de ninguna manera con mi experiencia; 2 = probablemente no se corresponde con mi experiencia; 3 = probablemente se corresponde con mi experiencia; 4 = definitivamente se corresponde con mi experiencia)**

1. Se me ha dicho más de una vez que paso mucho tiempo en línea.
2. Me siento incómodo cuando me desconecto de Internet por un determinado período
3. He observado que he estado ocupando más tiempo y períodos más prolongados conectado a Internet
4. Me siento inquieto e irritable cuando no tengo acceso a Internet o no me conecto
5. Me siento con energía conectado a Internet
6. Permanezco en línea por períodos más prolongados de los que pretendo
7. Aunque el empleo de Internet ha afectado negativamente mis relaciones, no ha disminuido la cantidad de tiempo que invierto en línea
8. Más de una vez he dormido menos de 4 horas debido a que he estado conectado a Internet
9. He aumentado sustancialmente la cantidad de tiempo que ocupo en Internet
10. Me siento ansioso o deprimido cuando dejo de utilizar Internet por un determinado período
11. No logro controlar el impulso para conectarme
12. Me encuentro conectado a Internet en vez de pasar tiempo con amigos
13. Me dan dolores de cabeza u otras molestias físicas por pasar tiempo navegando en la red
14. El conectarme a Internet es el primer pensamiento que tengo cuando me despierto por la mañana
15. El conectarme a Internet ha afectado negativamente mis tareas escolares o el desempeño en mi trabajo
16. Siento que me estoy perdiendo de algo si no me conecto a Internet por un determinado período
17. Mis interacciones con mis familiares han disminuido como resultado del uso de Internet
18. Mis actividades recreativas han disminuido como resultado del uso de Internet
19. No logro controlar el impulso para volverme a conectarme a Internet después de haber estado desconectado por otro trabajo
20. Mi vida no tendría ningún goce sin la Internet
21. La navegación en Internet ha afectado negativamente mi salud física
22. He tratado de pasar menos tiempo conectado a Internet pero no lo he logrado
23. Se me ha vuelto un hábito dormir menos de manera que pueda pasar más tiempo conectado a Internet
24. Necesito ocupar cada vez más tiempo en conectarme a Internet para lograr la misma satisfacción que antes
25. Dejo de comer con mi horario debido a que utilizo Internet
26. Me siento cansado durante el día debido a que me conecto a la Internet a horas avanzadas de la noche

una buena validez concomitante y una consistencia interna. La prominencia explicaba la mayor parte de la varianza y también se observó que era la más fiable según lo indicaba su  $\alpha$  de Cronbach. Sin embargo, el sesgo de selección introducido por la incorporación en el estudio en línea y el tamaño pequeño del mismo limitan su valor.

La Escala de Adicción a Internet de Chen (17) es un instrumento de autono-tificación que consta de 26 incisos evaluados en una escala de Likert de cuatro puntos (adaptado en la Tabla 4). Evalúa cinco dominios de problemas relacionados con Internet: uso compulsivo, privación, tolerancia, consecuencias interpersonales y en la salud y dificultades para la gestión del tiempo. Las calificaciones fluctúan de 26 a 104. En un estudio de 454 adolescentes taiwaneses que llenaron el cuestionario y recibieron una entrevista diagnóstica estructurada, se demostró que un umbral de 64 tiene una elevada precisión y especificidad diagnóstica (88% y 92,6%, respectivamente) (19). La fiabilidad interna de la escala y las subescalas en el estudio original fluctuaron de 0,79 a 0,93 (17).

## PREVALENCIA

Debido a la falta de consenso sobre los criterios diagnósticos y la escasez de estudios epidemiológicos a gran escala, no se ha establecido la prevalencia del uso problemático de Internet en la población general. En general, las encuestas sobre la prevalencia realizadas en varios países corresponden a dos categorías principales, estudios en línea frente a fuera de línea, en los que los primeros suelen producir tasas más altas, muy probablemente debido al sesgo de selección inherente (20).

Se han publicado sólo dos estudios epidemiológicos en los que se analiza la prevalencia del uso problemático de Internet en la población general. Uno fue realizado en Estados Unidos, el otro en Noruega (20,21).

El estudio realizado en Estados Unidos utilizó la marcación telefónica en dígitos aleatorios (no se incluyeron los números de teléfonos móviles) para entrevistar a 2.513 adultos de los 50 estados de una manera proporcional a la población de cada estado (20). Más de la mitad de las personas con las que se

estableció contacto aceptaron ser entrevistadas. La edad promedio de los participantes era 48 y un 51% correspondía al estrato socioeconómico de clase media. El 68,9% eran usuarios de Internet con regularidad. La definición diagnóstica de los autores, basada en los criterios publicados y en similitudes con los trastornos del control de los impulsos, la dependencia de drogas y el trastorno obsesivo-compulsivo, exigió (a) el uso de Internet que interfiere en las relaciones interpersonales; (b) la preocupación por Internet cuando no se está conectado; (c) los intentos infructuosos de suspender o reducir el uso; y (d) permanecer en línea más tiempo que el pretendido. Esta definición generó una prevalencia en puntos del 0,7%. Las definiciones menos estrictas produjeron tasas de prevalencia más elevadas y las características individuales compatibles con el uso problemático de Internet fueron aceptadas hasta por un 13,7% (los encuestados a los que les resultaba difícil mantenerse no conectados a Internet durante varios días sucesivos).

En un segundo estudio, Bakken et al., (21) enviaron por correo un Cuestionario Diagnóstico de Young a 10.000 habitantes de Noruega, seleccionados en forma aleatoria de una base de datos de toda la población. Se regresaron 3.399 cuestionarios llenados (una tasa de respuesta un poco más baja que la del estudio estadounidense). Quienes recibieron el cuestionario por correo también tuvieron la opción de llenarlo en línea. Entre los encuestados, un 87% eran usuarios de Internet. La prevalencia de “uso de Internet por adicción” (> 5 preguntas con respuesta “sí”) se calculó en el 1%, en tanto que la prevalencia de uso de Internet con “riesgo” (tres a cuatro preguntas con respuesta “sí”) fue de un 5,2%. El análisis multifactorial demostró que la edad joven, el género masculino, los logros educativos más altos y las tensiones económicas se relacionaban positivamente con el “uso problemático de Internet” (que los autores definieron de manera que incluyese “adictos a Internet” y encuestados “con riesgo”).

Las tasas de prevalencia en adolescentes se han investigado más ampliamente, tal vez porque los llamados “naturales digitales” crecieron incorporando la Internet en muchos aspectos de su vida y en consecuencia se percibe más riesgo en ellos. Sin embargo, aun cuando

se excluyan las encuestas realizadas en línea, los resultados pueden variar bastante y son difíciles de comparar, debido a diferencias en el acceso a Internet, la metodología de incorporación en los estudios, los grupos de edad exactos que se estudian y las definiciones que se utilizan. Considerando sólo estudios relativamente grandes y fuera de línea, las investigaciones en China (22), Corea del Sur (23,24), Grecia (25), Noruega (26) e Irán (27) han generado estimados de prevalencia que fluctúan entre un 2% y un 11%.

## COMORBILIDAD

El uso problemático de Internet no se ha incorporado en estudios epidemiológicos a gran escala dirigidos a calcular la prevalencia relativa de los trastornos psiquiátricos.

De todas maneras, un análisis de los estudios publicados revela que la presentación de otros trastornos psiquiátricos en pacientes con uso problemático de Internet es la regla más que la excepción (6). Sin embargo, los estudios no fueron diseñados o no tienen la potencia estadística para detectar la índole de la relación (causa, efecto o independiente).

En el estudio de la población general de Bakken (21), basado en el autoinforme por los sujetos, un 41,4% de los “adictos” a Internet comunicaron sentimientos de depresión en el período de 12 meses previo al estudio, en comparación con un 15,8% de los usuarios no problemáticos. Las alteraciones del sueño, las sensaciones de ansiedad y el alcoholismo y las toxicomanías también fueron más frecuentes (38,6% frente a 26,4%, 36,4% frente a 5% y 13,6% frente a 1,1%, respectivamente). Sin embargo, las preguntas utilizadas para evaluar las alteraciones psicológicas concomitantes no se basaron en criterios establecidos para el diagnóstico de los trastornos del estado de ánimo, del sueño, por ansiedad o por toxicomanía.

En dos series de casos estadounidenses se realizaron entrevistas personales a pacientes adultos con uso problemático de Internet. Black et al., (28) evaluaron a 21 sujetos con el Esquema de la Entrevista Diagnóstica y observaron que la prevalencia de los trastornos afectivos y la depresión mayor en el curso de la vida era de un 33% y un 15%, respectivamente. Además, un 38% tenía un trastorno

por toxicomanía en el curso de la vida y el 19% tenía un diagnóstico de trastorno por ansiedad en el curso de la vida.

En una serie de casos que incluyó a 20 pacientes, Shapira et al., (29) observaron una prevalencia muy alta (70%) en el curso de la vida para el trastorno afectivo bipolar, de tipo I o II, en comparación con un 15% para la depresión mayor. Un 55% tenía una prevalencia de toxicomanía en el curso de la vida y un 45% cumplía los criterios de trastorno social por ansiedad. Un 50% de los sujetos tenía un diagnóstico de un trastorno de control de los impulsos en el curso de la vida. Los autores destacan su observación de que los síntomas de los pacientes relacionados con Internet eran más impulsivos y egosintónicos que compulsivos y egodistónicos, llegando a la conclusión de que el uso problemático de Internet semeja a la definición de un trastorno del control de los impulsos según el DSM-IV más cercanamente que el de un trastorno obsesivo-compulsivo. Nuestra experiencia clínica respalda esa conclusión.

Como grupo, las encuestas realizadas entre estudiantes de secundaria y universitarios muestran tasas de comorbilidad similarmente elevadas con trastornos afectivos y por ansiedad, pero un vínculo entre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) y el uso problemático de Internet parece más evidente que en los adultos. En un estudio realizado en 752 estudiantes de escuela primaria surcoreanos se observó que el 33% de los que tenían TDAH también cumplían los criterios para el uso problemático de Internet (30). Otro estudio realizado en 216 estudiantes universitarios taiwaneses demostró que el 32% de los sujetos con uso problemático de Internet también tenían TDAH en comparación con sólo un 8% de los usuarios de Internet con regularidad (31). Aún no se ha determinado si las actividades basadas en la red son atractivas por los períodos de atención breve para quienes padecen TDAH o si el uso excesivo de Internet puede causar inatención.

## TRATAMIENTO

La evaluación clínica del paciente con uso problemático de Internet debiera incluir una evaluación meticulosa de los trastornos concomitantes que a menudo se presentan. Éstos debieran entonces

tratarse según las directrices de tratamiento establecidas. En la medida en que el problema relacionado con Internet se pueda derivar de otro diagnóstico (p. ej., un paciente con ansiedad social grave que comienza a llevar una vida “virtual” a expensas de las interacciones sociales reales), podría mejorar conforme se aborda el trastorno primario.

Las intervenciones farmacoterapéuticas y psicoterapéuticas específicas al uso problemático de Internet aún no se han evaluado adecuadamente en estudios rigurosos a gran escala. La farmacoterapia suele comenzar con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS). Sin embargo, aunque eficaces para tratar el trastorno obsesivo-compulsivo, los ISRS han mostrado resultados mixtos en los trastornos del control de los impulsos (32-36). En vista de la mayor similitud entre el uso problemático de Internet y los trastornos del control de los impulsos en comparación con el trastorno obsesivo-compulsivo (29), no está claro si los ISRS finalmente resultarán útiles y hasta el momento no se han publicado estudios con doble enmascaramiento comparativos con placebo.

En un estudio de privación se evaluó el escitalopram en dosis de 20 mg/día en 19 personas con uso problemático de Internet (37). Durante la fase abierta de 10 semanas, los individuos mostraron disminuciones significativas de las horas invertidas en línea por semana (desde una media de 36,8 horas hasta 16,5 horas) y mejora de la función global. Al final de las 10 semanas, los individuos fueron aleatorizados con enmascaramiento para recibir tratamiento continuado con escitalopram o bien placebo. Después de esto, se le realizó un seguimiento por nueve semanas. No se observó ninguna diferencia significativa entre los dos grupos al final de la segunda fase, ya que las ganancias logradas en la semana 10 se mantuvieron en los dos grupos de tratamiento. Los autores conjeturan que nueve semanas pueden no haber sido un período suficiente para que se perdiera el efecto en el grupo placebo o para que se lograran ventajas adicionales en el grupo con escitalopram, pero no descartan la posibilidad de que la mejora observada en la fase abierta puede haber sido una respuesta de placebo.

En un estudio de caso se comunicó el tratamiento satisfactorio con naltrexona

(38), un fármaco que ha mostrado beneficios en otros trastornos del control de los impulsos (39,40). El paciente fue un hombre de 31 años de edad con conducta cibersexual compulsiva en quien no habían resultado eficaces los antidepresivos, la psicoterapia de grupo individual, los Adictos Sexuales Anónimos y la Asesoría Pastoral. La naltrexona (150 mg/día), añadida gradualmente a una dosis estable de sertralina que por sí misma ha sido ineficaz para tratar el uso problemático de Internet, fue útil para lograr una remisión de tres años. Los autores hipotetizan que al bloquear la capacidad de los opiáceos endógenos para desencadenar la liberación de dopamina en respuesta a la recompensa, la naltrexona puede bloquear el carácter reforzador de la actividad sexual compulsiva en Internet.

En otro estudio de caso se comunicó el empleo satisfactorio de un antipsicótico atípico, la quetiapina, en dosis de 200 mg/día, añadida gradualmente al citalopram, en una persona de 23 años de edad con uso problemático de Internet(41). Se mantuvo la mejoría en el seguimiento a los cuatro meses.

En tiempos más recientes, en un estudio se evaluó el metilfenidato en 62 niños con TDAH que eran jugadores de videojuegos en Internet (42). La edad promedio de los participantes era alrededor de 9 años. Después de ocho semanas de tratamiento (dosis promedio de 30,5 mg/día), el uso de Internet disminuyó notablemente y se correlacionó con la reducción de los síntomas de TDAH. Los autores recomiendan con cautela que el metilfenidato podría ser útil como tratamiento del uso problemático de Internet, sobre todo cuando se presenta simultáneamente al TDAH.

De los métodos de psicoterapia utilizados, la psicoterapia cognitiva conductual (PTCC) ha sido objeto de más investigaciones científicas. En el estudio más extenso se incorporó a 114 pacientes adultos y se utilizaron intervenciones de psicoterapia cognitiva conductual, entre las que se incluyeron mantener un registro diario de la actividad en Internet, enseñar habilidades para gestión del tiempo y confrontar las distorsiones cognitivas y racionalizaciones que a menudo utilizan los pacientes para justificar su uso continuado de Internet, tales como “sólo unos minutos no hará daño” (43). La mayoría de las personas pudieron controlar sus

síntomas hacia la octava sesión y la mejora se mantuvo durante un seguimiento de seis meses.

En los niños y en los adolescentes, las intervenciones basadas en la familia que mejoran la comunicación y el enseñar la vigilancia del uso de Internet por la familia son útiles (44). Sin embargo, las opciones de tratamiento intensivo (y típicamente más costoso) en residencias de pacientes psiquiátricos que han recibido mucha atención por parte de los medios han sido objeto de escasas investigaciones empíricas para justificar una recomendación importante (2,45). Lo mismo es aplicable a las páginas Web de tratamiento en línea que alentan a la persona con uso problemático de Internet a “pulsa aquí si eres adicto a la Internet”.

## CONCLUSIONES

Para un medio que tan radicalmente ha modificado la forma en que vivimos, los efectos de Internet en nuestra salud psicológica siguen sin estudiarse lo suficiente. La simple declaración de que se externaron temores similares con el advenimiento de la radio, el cine y los primeros videojuegos no es suficiente: las características de inmersión e interacción del mundo virtual y su flagrante penetrancia, la vuelven potencialmente más peligrosa.

También merecen investigarse los cambios psicológicos más sutiles que ocurren en el mundo virtual, como la desinhibición en línea y el incremento de la toma de riesgos (46). Estos cambios no necesariamente son evidencia de “adicción a la Internet” y pueden no ser psicológicos pero, como características importantes de la nueva psicología virtual, también se debieran estudiar.

A medida que en nuestro campo se sigue debatiendo con respecto a si su trastorno pertenece a la próxima edición del DSM (47), los pacientes seguirán presentando síntomas derivados de la era digital y sus síntomas están cambiando conforme la tecnología evoluciona desde los navegadores a los “crackberries”, a los “smart phones” que combinan textos, lenguaje hablado, videojuegos y la navegación en un dispositivo que para muchos es como un nuevo apéndice. Aun la designación “uso problemático de Internet” puede ahora haberse desfasado y es por eso que algunos prudentemente han

optado más bien por “uso patológico de los medios electrónicos” (47). La tecnología, al igual que las aplicaciones de los medios de comunicación, continúa muy por delante de las investigaciones científicas. Dados los cambios espectaculares que nuestra sociedad está viviendo como resultado de la revolución de Internet, es de nuestra incumbencia tratar de llenar la brecha.

## Bibliografía

1. comScore Inc. [www.comscore.com](http://www.comscore.com).
2. Fackler M. In Korea, a boot camp cure for Web obsession. New York Times, November 18, 2007. [www.nytimes.com](http://www.nytimes.com).
3. MailOnline. Internet tops TV as most popular pastime. [www.dailymail.co.uk](http://www.dailymail.co.uk).
4. Internet World Stats. [www.internet-worldstats.com](http://www.internet-worldstats.com).
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed., text revision. Washington: American Psychiatric Association, 2000.
6. Liu T, Potenza MN. Problematic Internet use: clinical aspects. In: Aboujaoude E, Koran LM (eds). Impulse control disorders. Cambridge: Cambridge University Press (in press).
7. Shaw M, Black DW. Internet addiction: definition, assessment, epidemiology and clinical management. CNS Drugs 2008;22:353-65.
8. Miller MC. Is “Internet addiction” a distinct mental disorder? Harvard Mental Health Letter 2007;24:8.
9. Young KS. Psychology of computer use: XL. Addictive use of the Internet: a case that breaks the stereotype. Psychol Rep 1996;79:899-902.
10. Griffiths MD. Internet addiction: an issue for clinical psychologists. Clinical Psychology Forum 1996;97:32-6.
11. Young KS. Internet addiction: the emergence of a new clinical disorder. Cyber Psychol Behav 1998;1:237-44.
12. Shapira NA, Lessig MC, Goldsmith TD et al. Problematic internet use: proposed classification and diagnostic criteria. Depress Anxiety 2003;17:207-16.
13. Ko CH, Yen JY, Chen CC et al. Proposed diagnostic criteria of Internet addiction for adolescents. J Nerv Ment Dis 2005;193:728-33.
14. Ko CH, Yen JY, Chen SH et al. Proposed diagnostic criteria and the screening and diagnosing tool of Internet addiction in college students. Compr Psychiatry 2009;50:378-84.
15. Beard KW. Internet addiction: a review of current assessment techniques and potential assessment questions. Cyberpsychol Behav 2005;8:7-14.



16. Young KS. Caught in the net: how to recognize the signs of internet addiction – and a winning strategy for recovery. New York: Wiley, 1998.
17. Chen SH, Weng LC, Su YJ et al. Development of Chinese Internet Addiction Scale and its psychometric study. *Chin J Psychol* 2003;45:279-94.
18. Widyanto L, McMurrin M. The psychometric properties of the Internet Addiction Test. *Cyberpsychol Behav* 2004;7:443-50.
19. Ko CH, Yen JY, Yen CF et al. Screening for Internet addiction: an empirical study on cut-off points for the Chen Internet Addiction Scale. *Kaohsiung J Med Sci* 2005;21:545-51.
20. Aboujaoude E, Koran LM, Gamel N et al. Potential markers for problematic internet use: a telephone survey of 2,513 adults. *CNS Spectr* 2006;11:750-5.
21. Bakken IJ, Wenzel HG, Götestam KG et al. Internet addiction among Norwegian adults: a stratified probability sample study. *Scand J Psychol* 2009;50:121-7.
22. Cao F, Su L. Internet addiction among Chinese adolescents: prevalence and psychological features. *Child Care Health Dev* 2007;33:275-81.
23. Kim K, Ryu E, Chon MY et al. Internet addiction in Korean adolescents and its relation to depression and suicidal ideation: a questionnaire survey. *Int J Nurs Stud* 2006;43:185-92.
24. Park SK, Kim JY, Cho CB. Prevalence of Internet addiction and correlations with family factors among South Korean adolescents. *Adolescence* 2008;43:895-909.
25. Siomos KE, Dafouli ED, Braimiotis DA et al. Internet addiction among Greek adolescent students. *Cyberpsychol Behav* 2008;11:653-7.
26. Johansson A, Götestam KG. Internet addiction: characteristics of a questionnaire and prevalence in Norwegian youth (12-18 years). *Scand J Psychol* 2004;45:223-9.
27. Ghassemzadeh L, Shahraray M, Moradi A. Prevalence of internet addiction and comparison of internet addicts and non-addicts in Iranian high schools. *Cyberpsychol Behav* 2008;11:731-3.
28. Black DW, Belsare G, Schlosser S. Clinical features, psychiatric comorbidity, and health related quality of life in persons reporting compulsive computer use behavior. *J Clin Psychiatry* 1999;60:839-44.
29. Shapira NA, Goldsmith TD, Keck PE et al. Psychiatric features of individuals with problematic internet use. *J Affect Disord* 2000;57:267-72.
30. Yoo HJ, Cho SC, Ha J et al. Attention deficit hyperactivity symptoms and Internet addiction. *Psychiatry Clin Neurosci* 2004;58:487-94.
31. Ko CH, Yen JY, Chen CS. Psychiatric comorbidity of Internet addiction in college students: an interview study. *CNS Spectr* 2008;13:147-53.
32. Grant JE, Kim SW, Potenza MN et al. Paroxetine treatment of pathological gambling: a multi-centre randomized controlled trial. *Int Clin Psychopharmacol* 2003;18:243-9.
33. Kim SW, Grant JE, Adson DE et al. A double-blind placebo-controlled study of the efficacy and safety of paroxetine in the treatment of pathological gambling. *J Clin Psychiatry* 2002;63:501-7.
34. Koran LM, Aboujaoude EN, Gamel NN. Escitalopram treatment of kleptomania: an open-label trial followed by double-blind discontinuation. *J Clin Psychiatry* 2007;68:422-7.
35. Koran LM, Chuong HW, Bullock KD et al. Citalopram for compulsive shopping disorder: an open-label study followed by double-blind discontinuation. *J Clin Psychiatry* 2003;64:793-8.
36. Koran LM, Aboujaoude EN, Solvason B et al. Escitalopram for compulsive buying disorder: a double-blind discontinuation study. *J Clin Psychopharmacol* 2007;27:225-7.
37. Dell'Osso B, Hadley S, Allen A et al. Escitalopram in the treatment of impulsive-compulsive internet usage disorder: an open-label trial followed by a double-blind discontinuation phase. *J Clin Psychiatry* 2008;69:452-6.
38. Bostwick JM, Bucci JA. Internet sex addiction treated with naltrexone. *Mayo Clin Proc* 2008;83:226-30.
39. Grant JE, Kim SW, Odlaug BL. A double-blind, placebo-controlled study of the opiate antagonist, naltrexone, in the treatment of kleptomania. *Biol Psychiatry* 2009;65:600-6.
40. Grant JE, Kim SW, Hartman BK. A double-blind, placebo-controlled study of the opiate antagonist naltrexone in the treatment of pathological gambling urges. *J Clin Psychiatry* 2008;69:783-9.
41. Atmaca M. A case of problematic internet use successfully treated with an SSRI-antipsychotic combination. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2007;31:961-2.
42. Han DH, Lee YS, Na C et al. The effect of methyphenidate on Internet video game play in children with attention-deficit/hyperactivity. *Compr Psychiatry* 2009;50:251-6.
43. Young KS. Cognitive behavior therapy with Internet addicts: treatment outcomes and implications. *Cyberpsychol Behav* 2007;10:671-9.
44. Yen JY, Yen CF, Chen CC, et al. Family factors of Internet addiction and substance use experience in Taiwanese adolescents. *Cyberpsychol Behav* 2007;10:323-9.
45. Adams J. In an increasingly wired China, rehab for Internet addicts. [www.csmonitor.com](http://www.csmonitor.com).
46. Suler J. The online disinhibition effect. *Cyberpsychol Behav* 2004;7:321-6.
47. Pies R. Should DSM-V designate "Internet addiction" a mental disorder? *Psychiatry* 2009;6:31-7.



# La adicción a Internet en el decenio: una retrospectiva personal

**KIMBERLY YOUNG**

*Center for Internet Addiction Recovery, Bradford, PA, USA*

La Internet sin duda ha cambiado desde que comencé a estudiar por primera vez la adicción a Internet en 1994. En ese entonces, costaba 2,95 dólares estadounidenses por hora el uso de Internet. No existían aplicaciones como *MySpace*, *Facebook*, *YouTube* y *Second Life*. Las velocidades de los módems fluctuaban de 14,4 a 28,8 mbps. Las páginas Web comenzaban a proliferar en la Internet y la mayor parte sin ningún gráfico, sonido o video. Sólo un número creciente de escuelas y negocios estaban conectados a la Internet.

Hacia finales de los noventa, el apogeo de la era de los dotcom antes de la explosión de la burbuja, todo mundo quería aprender más sobre la Internet. Las compañías de ordenadores estaban vendiendo nuevas tecnologías con más rapidez que lo que las personas podían comprarlas y se suponía que toda compañía que tenía dotcom después de su razón social ganaba millones de dólares. Nadie se preocupaba sobre el potencial para la adicción. Sin embargo, después que un amigo me llamó para contarme de su divorcio debido a que su esposa se volvió adicta a las salas de chat de AOL, me hizo preguntarme si otras personas se podían volver adictas a la Internet de la misma manera que las personas se volvían adictas a las drogas, al alcohol, el juego, a la comida y al sexo. Era una tarea de enormes proporciones y difícil. Acababa de salir de la facultad con mi doctorado en psicología clínica. Había estudiado neuropsicología, mucho muy lejos de ser un experto en adicción a la Internet, pero el escuchar una y otra vez las historias de personas que sufrían a causa de la Internet y cómo su uso había absorbido varios aspectos de sus vidas, supe que tenía que compartir lo que había aprendido.

En 1998, escribí *Caught in the Net* (Atrapado en la red), el primer libro en identificar la adicción a Internet (1). La publicación del libro modificó mi vida. Una vez publicado, la publicidad en torno al mismo adquirió su propia vida. Bromeaba diciendo que me había convertido en la Ann Landers del ciberespacio, ya que llegaban cartas y correos electrónicos de todo el mundo. Escuché de padres, cónyuges y de los propios adictos como luchaban para hacer fren-

te a una adicción que no comprendían. Sin embargo, después de leer *Caught in the Net*, encontraron la validación y la comprensión de un trastorno que sabían que estaban experimentando pero que no habían reconocido muchos profesionales cuando ellos acudieron a buscar ayuda.

Después que se publicó *Caught in the Net*, muchos periodistas y académicos no creían que las personas se pudieran volver adictas a la Internet. En ese entonces, muchos reían y se burlaban de la idea. ¿Cómo una herramienta tan útil para la información y la comunicación podía considerarse adictiva?

Estos primeros estudios y los de mis colegas como D. Greenfield (2) y M. Orzack (3) dieron pie a la conversación en torno al lado más oscuro de lo que nos esperaba adelante. ¿Podría ser demasiado? Las investigaciones en el campo de la adicción a la Internet se han multiplicado sustancialmente. Los estudios se han enfocado en el diagnóstico clínico, la epidemiología, los factores de riesgo psicosociales, el tratamiento de los síntomas y el desenlace del tratamiento. La adicción a la Internet no sólo se ha identificado como un problema nacional en Estados Unidos sino en países como China, Corea y Taiwán. Los reportajes de los medios señalan que la adicción a la Internet ha alcanzado proporciones epidémicas.

Los profesionales sanitarios comenzaron a ver casos de personas que sufrían problemas clínicos relacionados con la Internet. Los centros de tratamiento pioneros especializados en el restablecimiento de la adicción a la Internet surgieron en el MacLean Hospital, un afiliado de la Harvard Medical School, y en el Illinois Institute for Addiction Recovery en el Proctor Hospital en Peoria, Illinois (Estados Unidos). Los centros de rehabilitación de pacientes internos con adicción, como The Canyon, Sierra Tucson y The Meadows comenzaron a incluir la compulsividad relacionada con la Internet como una de las subespecialidades que trataban. En todo el mundo, el primer centro de tratamiento de pacientes internos se inauguró en Beijing, China en 2006, y se estima que Corea cuenta con más de 140 centros de restablecimiento y tratamiento de la adicción a Internet. En tiempos más recientes, en Estados Unidos se inauguró el primer centro de asistencia residencial para pacientes internos: el Restart Program en Redmond, Washington.

Es difícil estimar cuán generalizado es el problema. En un estudio nacional dirigido por E. Aboujaoude (4) se estimó que casi uno de cada ocho estadounidenses padecen por lo menos un signo de uso problemático de Internet. Los estudios en otros países han documentado la adicción a la Internet en un número creciente de países como Italia, Pakistán, Irán, Alemania y República Checa, por mencionar algunos.

A nivel mundial, vemos que la ciencia ha contribuido considerablemente a nuestros conocimientos del uso compulsivo o adictivo de la Internet y que están surgiendo nuevas formas de tratamiento. Éstas comprenden el restablecimiento tradicional de 12 pasos, la psicoterapia cognitiva conductual y formas más intensivas de tratamiento, como la asistencia a pacientes internos en residencias.

Si bien se ha prestado mucha atención a la adicción a la Internet en las esferas académica y clínica, ha sido difícil establecer normas universales de asistencia y evaluación en virtud de que el campo es culturalmente diverso y ha variado la terminología utilizada en la bibliografía académica, desde adicción a la Internet hasta uso problemático de Internet o uso patológico de Internet. La American Psychiatric Association ha propuesto incluir el diagnóstico de "uso patológico del ordenador" en la actualización del DSM-IV, llegando a la conclusión de que es el término más amplio que se puede utilizar.

En general, puedo decir que sólo estamos comenzando a comprender las repercusiones de la Internet. Espero que en el próximo decenio entendamos mucho más sobre sus repercusiones sociales y clínicas.

## Bibliografía

1. Young KS. *Caught in the net: understanding Internet addiction*. New York: Wiley, 1998.
2. Greenfield D. *Virtual addiction: help for netheads, cyberfreaks, and those who love them*. Oakland: New Harbinger, 1999.
3. Orzack M. Computer addiction: is it real or is it virtual? *Harvard Mental Health Letter* 1999;15:8.
4. Aboujaoude E, Koran LM, Gamel N et al. Potential markers for problematic Internet use: a telephone survey of 2,513 adults. *CNS Spectr* 2006;11:750-5.

# Uso problemático de Internet: ¿un trastorno distintivo, una manifestación de un trastorno psicológico subyacente o una conducta problemática?

VLADAN STARCEVIC

*University of Sydney and Nepean Hospital, Sydney/Penrith, Australia*

El análisis del uso problemático de Internet por Aboujaoude es una contribución oportuna a la bibliografía en torno a una conducta no bien comprendida que al parecer ha atrapado la atención de los medios de comunicación más que de los profesionales de la salud mental. Y si bien los psiquiatras y los psicólogos clínicos parecen escépticos con respecto a muchos aspectos del uso problemático de Internet, el interés de la sociedad por los efectos adversos del uso de Internet al parecer está creciendo en forma exponencial. Esto gira en torno a dos aspectos principales. El primero es la repercusión de los videojuegos violentos y otros contenidos internéticos violentos; el segundo es que lo que cada vez más se ha denominado «adicción a la Internet». En este último aspecto se enfocará este comentario.

El problema comienza con la terminología, ya que no está claro el nombre apropiado del trastorno o la conducta a menudo designados como «adicción a la Internet». Los avances en este campo difícilmente pueden lograrse si no se llega primero a un consenso con respecto a cuáles términos utilizar. La «adicción a la Internet» es un término problemático, no sólo por sus connotaciones peyorativas, sino también porque no hay pruebas de que en realidad sea un trastorno adictivo, es decir, que se caracterice por los datos distintivos de una adicción a drogas, como la tolerancia y la abstinencia. Si se adopta sin evidencia suficiente, «adicción a la Internet» claramente será un término arbitrario. Conviene ser cauto y retener términos más descriptivos y «neutrales», como sería uso problemático (o problema) de Internet. También se han propuesto otros términos, por ejemplo, «uso patológico de medios electrónicos» (1), pero «adicción a la Internet» todavía parece dominar en la bibliografía y en la terminología profesional.

El rigor terminológico debe ir de la mano de la claridad conceptual. Una parte del motivo de la lucha continua con respecto a la terminología es la fal-

ta de claridad sobre las características fundamentales del uso problemático de Internet. Se han propuesto varias características, pero muchas de ellas parecen solaparse y reducirse a las dos características básicas. La primera corresponde a los aspectos del uso de Internet, descrito como excesivo o compulsivo, junto con la preocupación por la pérdida del control con respecto al uso de Internet. La segunda refleja las diversas consecuencias adversas de invertir demasiado tiempo en la Internet, como descuidar las actividades sociales, las relaciones, la salud y las tareas laborales o escolares y modificar los hábitos de sueño y de alimentación de una manera nociva. Se necesitan más investigaciones para verificar con más precisión en qué grado estas características son distintivas del uso problemático de Internet.

El uso problemático de Internet al parecer es un concepto demasiado heterogéneo. Se ha señalado que consta de por lo menos tres subtipos: juego excesivo, conducta sexual problemática y mensajes de correo electrónico y de texto (2). La Internet también se puede utilizar en forma excesiva y con consecuencias negativas para el juego, comprar o charlar. Tres propósitos del empleo de la Internet pueden relacionarse con diferentes tipos de uso, diferentes trastornos psicológicos subyacentes y diferentes consecuencias adversas. Puede entonces ser inadecuado agrupar todos los casos de uso problemático de Internet y en cambio es más útil considerar el juego en línea como una manifestación del juego patológico; la conducta sexual problemática en relación con la Internet como una característica de un trastorno sexual o de otro tipo, etcétera. Según este enfoque, hemos formulado y evaluado los criterios preliminares para el uso problemático de videojuegos (3), pero estos necesitan más estudio.

«Nuevos» trastornos o patrones de conducta pueden no ser más que una expresión alternativa de diversas entidades psicopatológicas. Por consiguiente, se ha debatido si los trastornos por adicción, incluido el uso problemático de Internet, representan condiciones preliminares por sí mismas o si se pueden comprender

mejor como una manifestación de alguna psicopatología subyacente o una adaptación deficiente, es decir, una «adicción secundaria» (4,5). Diversos trastornos mentales y de otro tipo a menudo se presentan simultáneamente con el uso problemático de Internet, lo cual indica que en muchos casos esto último puede concebirse como relativo al primero. Los trastornos concomitantes y las dimensiones correspondientes de la psicología comprenden trastornos depresivos y bipolares, trastornos por ansiedad (sobre todo trastorno por ansiedad social, trastorno por ansiedad generalizado y trastorno obsesivo-compulsivo), trastornos de sueño, trastornos por uso de sustancia, trastornos de control de los impulsos, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, trastornos y rasgos de la personalidad (sobre todo límite, narcisista, antisocial y evasiva) y trastornos psicóticos.

Se deben abordar varios aspectos al dilucidar cuándo y si el uso problemático de Internet es primario o secundario. En primer lugar, los estudios prospectivos deben garantizar la secuencia en el desarrollo del uso problemático de Internet y de trastornos psiquiátricos. En segundo lugar, es importante comprender en qué grado es específica la relación entre el uso problemático de Internet y la psicología apropiada. Por último, el tratamiento de individuos con uso problemático de Internet depende crucialmente de si un trastorno subyacente contribuye al uso problemático de Internet, de manera que el trastorno debe entonces abordarse con tratamiento.

Se ha recomendado conceptualizar el uso problemático de Internet como un trastorno mental, incluirlo en el DSM-5 y clasificarlo como un «trastorno de la gama compulsiva-impulsiva» (2). Sin embargo, el hacerlo parece prematuro en vista de lo siguiente: (a) todavía no está claro si el uso problemático de Internet y de qué manera se puede distinguir de un patrón de conducta que los demás suelen designar como inconveniente o alterado; b) no se ha establecido el límite entre el uso normal y problemático de Internet; c) aún no se ha verificado si el uso problemático de Internet posee validez

conceptual, incluida una presentación distintiva y correlaciones sociodemográficas y neurobiológicas, homogeneidad interna y suficiente estabilidad longitudinal con una evolución, un pronóstico y una respuesta al tratamiento distintivos.

El no otorgar al uso problemático de Internet la categoría de un trastorno mental impediría su materialización

psiquiátrica en un momento en que tan poco se conoce sobre el mismo y a la vez fomentaría una actitud receptiva hacia la investigación futura.

### Bibliografía

1. Pies R. Should DSM-V designate "Internet addiction" a mental disorder? *Psychiatry* 2009;6:31-7.

2. Block JJ. Issues for DSM-V: Internet addiction. *Am J Psychiatry* 2008;165:306-7.
3. Porter G, Starcevic V, Berle D et al. Recognising problem video game use. *Aust NZ J Psychiatry* 2010;44:120-8.
4. Wood RTA. Problems with the concept of video game "addiction": some case study examples. *Int J Ment Health Addiction* 2008;6:169-78.
5. Griffiths MD. Videogame addiction: further thoughts and observations. *Int J Ment Health Addiction* 2008;6:182-5.

## Uso problemático de Internet y el camino diagnóstico

**NADY EL-GUEBALY,  
TANYA MUDRY**

*Foothills Addictions Program, Addiction Division,  
University of Calgary, Canada*

El panorama general reflexivo de Elias Aboujaoude en torno al uso problemático de Internet nos permite reflexionar en las diversas estrategias actualmente disponibles que apoyan las recomendaciones para una categoría diagnóstica distinta junto con la gama de trastornos impulsivos, compulsivos o por adicción.

La presentación de tolerancia y abstinencia fisiológica, que al principio sustentan el diagnóstico de la farmacodependencia, cada vez se ha vuelto más opcional en las nomenclaturas recientes, en tanto que se han añadido las conductas tales como alteración del control, preocupación y uso compulsivo, uso continuado pese a consecuencias dañinas y avidez. Estos conceptos conductuales han acompañado a la consideración de una lista cada vez más creciente de actividades susceptibles de exceso, sin los requisitos fisiológicos.

Estos criterios adaptados toman prestada su terminología de trastornos afines pero, hasta el momento sólo han sido objeto de una evaluación empírica escasa. La nomenclatura del DSM también utiliza «criterios de exclusión» por ejemplo, «la conducta no es explicada mejor por un episodio maniaco», lo que anula la verdadera posibilidad de dos trastornos primarios. Así mismo, la dicotomía categórica abuso/dependencia cada vez se reconoce más como un concepto que carece de respaldo empírico y muchos proponen una perspectiva de un proceso continuo para las conductas excesivas.

Entre los intentos de identificar componentes centrales de la conducta adic-

tiva, incluida la adicción a la Internet, Griffiths (1) ha señalado la prominencia, la modificación del estado de ánimo, la tolerancia, los síntomas de abstinencia, el conflicto y las recaídas. Otros investigadores han creado una tipología de la adicción a la Internet que comprende juego en línea, preocupaciones sexuales en línea y envíos de mensajes por correo electrónico y textos (2). ¿Podría ser la Internet sólo un medio utilizado para representar o impulsar las conductas excesivas? (1). Quienes manifiestan un uso problemático de Internet a través de actividades como juego en línea, compras, actividad sexual o ver pornografía, pueden estar optando por llevar a cabo su comportamiento escogido en la Internet. Si no contaran con la Internet, estas mismas personas ocuparían su tiempo en casinos, plazas de compras, el uso de la industria del comercio sexual o el ver pornografía impresa.

Por último, una medida adicional que cabe considerar es el Cuestionario sobre el Uso Problemático de Internet (PIUQ, por sus siglas en inglés), creado por Thatcher y Goolam (3). Basándose en la pantalla de juego de South Oaks Gambling Screen (SOGS) y la Escala de Adicción a Internet (IAS) de Young, esta medida se autocompleta y contiene 20 apartados en una escala de Likert de cinco puntos, que va de 1 (raras veces/no aplicable) a 5 (siempre). La medida abarca tres factores: preocupaciones en línea (10 apartados), efectos adversos (siete apartados) e interacciones sociales (tres apartados). Los resultados de estudios preliminares y de validación a mayor escala proporcionaron pruebas satisfactorias sobre la fiabilidad y la validez de concepto del PIUQ; sin embargo, los participantes fueron incorporados a través de una revista tecnología informática

en línea, lo cual puede reflejar un sesgo de muestreo.

Los estimados de prevalencia entre los grupos de interés, como los usuarios de Internet o las muestras de tratamiento, están plagados de sesgo de muestreo. Los estudios en que se evalúan las adicciones a la conducta pueden sobreestimar la prevalencia de estos fenómenos, ya que a menudo obtienen muestras de grupos de personas que ya intervienen en estas conductas excesivas. Cabe hacer notar que en contraste con la presentación frecuente de las conductas investigadas, es decir, ejercicio, sexo o uso de la Internet, la prevalencia puntual de estas conductas problemáticas en la población general suele ser baja, es decir, menos del 1% para el extremo grave de la gama, como en el caso de la adicción a la Internet o el juego patológico, añadiéndose un promedio del 2 al 3% para el uso problemático menos grave.

La falta de estimaciones de la incidencia a causa de la escasez de estudios prospectivos longitudinales debilita la perspectiva epidemiológica. En trastornos putativos derivados de una tecnología de rápido desarrollo como la Internet, los estudios longitudinales que analicen las tasas de incidencia debieran ser una prioridad para esclarecer mejor los grupos con un riesgo específico.

Los «pájaros de una misma pluma» relacionados permiten esclarecer los vínculos etiológicos potenciales. Las elevadas tasas de comorbilidad con toxicomanías, por ejemplo, han sustentado la consideración de los trastornos de la conducta bajo el paraguas de la «adicción», como en el caso del juego patológico. En nuestra experiencia, las características de impulsividad, compulsividad y adicción se observan en la mayoría de nuestras muestras clínicas y, en grados variables, en pacientes individuales. La frecuencia relativa de estas características sigue siendo una interrogante no resuelta.

A veces se presupone que si una estrategia de tratamiento aplicada a un



trastorno específico tiene la misma eficacia para otro trastorno esto puede ser un motivo a favor para clasificar bajo el mismo rubro los dos trastornos. Una serie de estudios farmacológicos aplicados a las conductas problemáticas graves basándose en una afiliación putativa con los trastornos impulsivos, compulsivos o por adicción, hasta el momento ha dado por resultado un beneficio escaso. La búsqueda continúa.

En comparación, los enfoques psicoterapéuticos, sobre todo la psicoterapia cognitiva conductual, en la actualidad están respaldados por la evidencia empírica más amplia en torno a periodos de seguimiento más prolongados. Debiéramos analizar con más detalle una nomenclatura de las distorsiones cognitivas en vez de investigar nuevas entidades patológicas.

Por último, la popularidad de los grupos de ayuda mutua de 12 meses la han considerado algunos como una prueba adicional del beneficio de un modelo de adicción aplicado a las conductas problemáticas.

El ímpetu renovado en la consideración expandida de una gama de conductas excesivas como trastornos ha surgido de los formidables avances en el estudio del cerebro. Los estudios por imágenes del cerebro proporcionan imágenes de una vía común a través del «sistema de recompensas» sin el factor de confusión del uso de una droga. Los trastornos del «circuito de recompensas» pueden ser una puerta para la exploración de la propia naturaleza humana, más que sólo de «impulsos», «compulsiones» o adicciones.

La reseña de Aboujaoude también nos plantea la cuestión no abordada de la pertinencia sociocultural. Están surgiendo determinadas comunidades culturales que tienen más riesgo que otras. En Corea del Sur, los niños con diagnóstico de adicción a la Internet pueden incluso necesitar hospitalización. ¿Tienen los niños más riesgo de adicción a la Internet en Corea del Sur o es sólo que la conducta es socialmente menos aceptable en esa cultura? Las conductas analizadas, es decir, el ejercicio en el trabajo, el sexo, el juego y el uso de Internet, están muy vinculadas a los valores culturales. Su susceptibilidad a volverse excesivas también podría ser conformada por la cultura. El camino de la investigación continúa hacia conceptos que tengan una mejor validez de pronosticadora y estrategias de tratamiento eficaces.

## Bibliografía

1. Griffiths M D. Internet addiction – Time to be taken seriously? *Addict Res* 2000;8:413-8.
2. Young K. Internet addiction: diagnosis and treatment considerations. *J Contemp Psychother* 2009;39:241-6.

3. Thatcher A, Goolam S. Development and psychometric properties of the Problematic Internet Use Questionnaire. *S Afr J Psychol* 2005;35:793-809.

# Uso problemático en contexto

## JYRKI KORKEILA

*Department of Psychiatry University of Turku and Harjavalta Hospital, Hospital District of Satakunta, Finland*

E. Aboujaoude nos proporciona un panorama lúcido y global de lo que en la actualidad se conoce como el uso problemático de Internet. Incluso en los primeros estudios sobre el uso de la Internet se señalaba que la expansión del uso conllevaba riesgos lo mismo que ventajas (1). La terminología en torno al uso problemático ha sido diversa debido a las diferencias de las perspectivas en relación con el concepto. No obstante, cada vez hay más pruebas de los efectos dañinos sobre la economía, el trabajo y las relaciones del uso asiduo de Internet (2).

Una nueva forma de medios de comunicación históricamente ha sido objeto de preocupación y críticas por parte de los observadores. En el siglo XVIII la difusión de las novelas y la lectura en la población llevó al concepto de la «manía por la lectura» o «furia por la lectura». Esto se describía como una epidemia que se caracterizaba por agotamiento físico, rechazo de la realidad e inmovilidad. Se decía que las novelas tenían cualidades semejantes a las drogas, parecidas a las que inflamaban las pasiones.

D. L. Smail describe cómo los cambios culturales crean ecosistemas neurofisiológicos en los cuales «las clases de costumbres y hábitos que generan nuevas configuraciones neurales o alteran los estados cerebrosomáticos pueden evolucionar en forma imprevisible» (3). Las prácticas que modifican las emociones y el estado de ánimo, las conductas y las instituciones pueden definirse como mecanismos psicotrópicos que tienen efectos no muy diferentes de los producidos por los psicofármacos. Estos mecanismos pueden dividirse en teletrópicos, es decir, los que alteran los estados de otros, como la religión o las instituciones sociales, y autotrópicos, que influyen en los estados cerebrosomáticos del indi-

viduo. De hecho, la modernidad puede considerarse como una expansión significativa en la variedad de la autotropía y la aceleración de la importancia de la autotropía para la sociedad consumista. De acuerdo con Smail, se incrementan los logros de la civilización a través de los efectos psicotrópicos sobre la evolución cultural humana.

Dado el fondo evolutivo-cultural antes descrito, es evidente que hay una gama de objetos y actividades que pueden ser muy riesgosos al grado en que la modificación de la conducta por la propia persona se vuelve muy difícil. La conducta adictiva puede considerarse como el desarrollo de un apego importante a una actividad aperiitiva, de manera que disminuye el autocontrol y la conducta puede parecer similar a una enfermedad (4). Definida de esta manera, los individuos afectos al juego, a navegar en la Internet y a la bebida pueden estar igualmente apegados a la actividad en cuestión. La definición de adicción meramente por el empleo de sustancias pasa por alto la situación de los que no pueden superar sus apetitos excesivos. Así mismo, una explicación exhaustiva de la adicción exigiría una comprensión de las fuentes cercanas (causas inmediatas) y finales (trasfondo evolutivo) de las conductas relacionadas con la adicción.

El inundar los sistemas de cerebro con sustancias o el secuestrar las recompensas naturales mediante conductas excesivas no son conductas adaptativas, aunque se basan en sistemas adaptativos evolucionados relacionados con el apego social, las recompensas, la atención, la toma de decisiones y la señalización interna de los sistemas emocionales. El sistema motivacional mejor conocido utiliza redes dopaminérgicas, que no tienen frenos implícitos (5). Durante los tiempos de evolución no era necesario desarrollar tal mecanismo, ya que la escasez ambiental en gran parte evitaba los apetitos excesivos. Vista desde esta perspectiva, la adicción es un precio evolutivo el desarrollo de nuestras predisposi-



ciones y cultura. La conclusión implícita es que siempre que se producen nuevas sustancias que influyen en el cerebro o técnicas e innovaciones que permiten la manipulación de la conducta del cerebro motivacional-recompensador, seguirán surgiendo nuevas formas de apetitos excesivos y conductas relacionadas.

La cuestión más importante tal vez no sea si alguna forma de conducta problemática es un nuevo trastorno independiente o definible como una enfermedad en relación con alguna definición general teórica, sino si la etiqueta diagnóstica plausiblemente servirá de herramienta para distinguir entre las personas que pueden beneficiarse del tratamiento y las que probablemente no. El potencial para producir beneficios para la salud es una de las justificaciones esenciales para considerar algún tipo de estado o conducta como un trastorno. Si hay indicios de consecuencias adversas relacionadas con el uso considerable de Internet y si la conducta problemática produce alteraciones y falta de control a un grado que exija tratamiento, la adicción a la Internet no debiera ser una excepción.

La Internet proporciona un acceso fácil a recompensas y conductas que previamente se consideraban relacionadas con apetitos excesivos, como juego y formas diversas de actividades sexuales. De ahí que la red podría ser un nuevo foro para la aparición de viejos peligros. En la actualidad carecemos de pruebas adecuadas sobre la comorbilidad y el desarrollo del uso problemático de la Internet para estudiar los medios de tratamiento y finalmente obtener la mejor ayuda para quienes lo padecen. Por otra parte, no escapa totalmente a las evaluaciones de valores la cuestión de cómo se debiera definir y comprender el cambio de la extravagancia moderada al exceso muy problemático.

Los pioneros de la revolución digital consideraron incluso a principios de los ochenta que la realidad virtual podría «desatar los demonios de la naturaleza humana» y las personas podrían volverse adictas a la realidad virtual como si fueran una droga y quedar atrapadas en ella (6). A medida que un mayor número de personas se familiariza con los ordenadores y la Internet, el papel de la red en sus vidas seguirá aumentando y para algunas el empleo de la Internet se convertirá en una actividad dominante en sus vidas, dada la pérdida de control y la prominencia de su uso. Solamente se puede estar de acuerdo con la conclusión de Aboujaoude de que es necesario

cubrir la brecha entre nuestra base de conocimientos y la evolución de esta nueva tecnología.

## Bibliografía

1. Beard KW, Wolf EM. Modification in the proposed diagnostic criteria for internet addiction. *CyberPsychol Behav* 2001;4:377-83.
2. Block JJ. Issues for DSM-V: Internet addiction. *Am J Psychiatry* 2008;165:306-7.

3. Smail DL. On the deep history and the brain. Berkeley: University of California Press, 2008.
4. Orford J. Conceptualizing addiction. *Addiction as excessive appetite*. *Addiction* 2001;96:15-31.
5. Brüne M. Textbook of evolutionary psychiatry. The origins of psychopathology. Gosport: Oxford University Press, 2008.
6. Lanier J. You are not a gadget. New York: Alfred Knopp, 2010.

# La Internet: toda cosa buena tiene su lado negativo

JOHN GREIST

*University of Wisconsin School of Medicine and Public Health, Madison, WI, USA*

La preocupación sobre los efectos problemáticos de la tecnología de la comunicación no es nueva. «Cuando los ingeniosos sumeros que inventaron la escritura esculpieron por primera vez esos símbolos cuneiformes en la piedra a lo largo del Río Tigris hace unos 6000 años, un escéptico que se encontraba cerca pronosticó con preocupación que las personas pronto dejarían de hablarse entre sí» (1).

Otras formas de comunicación se han visto como problemáticas, sea porque reemplazan la venerable y valiosa comunicación previa, o hacen que las almas vulnerables padezcan un exceso de la nueva tecnología. Las prensas de impresión desplazaron a los escribas y a medida que resultó posible la lectura generalizada probablemente produjo problemas en algunos lectores excesivos. El telégrafo aceleró la comunicación y es posible que haya creado algunos codificadores Morse compulsivos entre el pequeño grupo de telegrafistas. Ciertamente la telefonía en su rápida evolución ha conquistado a algunos tan cabalmente que son el blanco de bromas en torno a su aflicción y riesgos certificables cuando telefonéan mientras conducen.

La Internet, con sus innumerables medios —texto, voz, video, gráficas, etcétera— y cada vez más fácil de utilizar incluso en un dispositivo portátil, seguramente es susceptible de uso problemático. A los no usuarios de la Internet se les niega muchos beneficios; en cierto nivel, el incremento del uso se vuelve excesivo y problemático. Es a estas personas a quienes el diestro panorama bosquejado por Aboujaoude dirige nuestra atención a través de

las descripciones y definiciones de uso problemático, su diagnóstico, prevalencia, trastornos concomitantes y tratamiento.

Muchas conductas humanas se pueden proyectar a una curva en forma de campana en la que la mayoría tiene una distribución normal bajo el medio extenso de la campana y desviaciones extremas de la distribución normal que sobresalen en los extremos en la periferia.

Aunque es antiguo el concepto de la conducta humana problemática en los extremos de una distribución normal, son los días iniciales de nuestro estudio sobre el uso de la Internet. Hay quienes dudan que haya algún problema con la Internet. Sin embargo, los médicos han comenzado a ver y a informar sobre pacientes que evidentemente están aproblemados, que corresponden claramente a la amplia definición de un trastorno clínico que produce ansiedad o disfunción. Los primeros observadores han descrito el fenómeno como uso excesivo de Internet (UEI), uso patológico de Internet (UPI), uso compulsivo de Internet (UCI) y trastorno por uso de Internet impulsivo y compulsivo (TUI-IC). Puesto que el uso de Internet que produce ansiedad o disfunción muestra elementos de adicción, impulsividad, compulsividad y obsesividad, con sus fisiopatologías subyacentes implícitas así como otros elementos descriptivos (p. ej., egosintónica y egodistónica), la selección del término más amplio «uso problemático de Internet», (también UPI) es apropiada en este momento. A medida que se comprenda mejor la evolución, el pronóstico, la estabilidad temporal, la fisiopatología y la respuesta al tratamiento, será posible una designación diagnóstica más precisa.

Ante un conocimiento parcial del uso problemático de Internet, los médicos todavía deben tratar a personas con ansiedad o disfunción. Aunque el diagnóstico debe

preceder al tratamiento, puede ser imposible un diagnóstico preciso. Aun con un modelo diagnóstico que parezca explicar un trastorno, no nos sorprende sobremediano cuando un tratamiento eficaz esperado no funciona. Algunos perros tienen piojos, algunos perros tienen pulgas y algunos tienen piojos y pulgas. La incertidumbre honesta da por resultado estudios empíricos hasta que se descubre un tratamiento que funciona, ocurre la remisión espontánea o el paciente o el terapeuta mueren.

Los inhibidores de la recaptación de serotonina han demostrado alguna utilidad en el UPI, tal vez al abordar elementos del trastorno obsesivo-compulsivo, trastornos del control de impulsos o depresión comitante. De todas maneras el aforismo de Osler sigue siendo cierto: «Si se utilizan muchos fármacos para una enfermedad, todos son insuficientes».

La psicoterapia cognitiva conductual con énfasis en la exposición y la prevención ritual, el mantenimiento de registros

diarios, las destrezas de control del tiempo, la comunicación afectiva y la reestructuración cognitiva al parecer por lo menos tienen la misma utilidad que los medicamentos.

El ejercicio con su beneficio demostrado en la depresión y cuando se sustituye como otra adicción más saludable, puede resultar útil en el UPI. El hecho de que «ningún caballo alguna vez haya corrido a la muerte sin un hombre cabalgándolo» nos recuerda que el incremento rápido de la frecuencia y la duración del ejercicio a menudo produce lesiones, lo que confirma que todo tratamiento eficaz es una espada de doble filo.

Un médico caricaturizado reclama a un paciente desamparado: «La ciencia médica moderna no tiene ninguna explicación o curación para su enfermedad. Por suerte para usted, resulta que soy curandero». Los tratamientos alternativos como la acupuntura, la hipnosis, la desensibilización

por el movimiento de los ojos y las plantas medicinales serán utilizados por almas desesperadas y crédulas que padecen muchos males basándose en testimonios y en la falta de pruebas científicas.

Aboujaoude llega a una conclusión correcta haciendo hincapié en «los cambios drásticos que nuestra sociedad está experimentando como resultado de la revolución de Internet» y nos alienta a «tratar de cubrir la brecha» entre lo poco que se conoce y nuestra necesidad clínica de conocer más en torno al «uso patológico de los medios electrónicos» (UPME —un acrónimo final—).

## Bibliografía

1. Slack WV. Patient-computer dialogue: a review. In: van Bommel J, McCray A (eds). Yearbook of medical informatics 2000: patient-centered systems. Stuttgart: Schattauer, 2000:71-8.

# Uso problemático de Internet: ¿es más compulsivo que satisfactorio o impulsado por el estado de ánimo?

STEFANO PALLANTI

*Department of Psychiatry, University of Florence and Institute of Neurosciences, Florence, Italy; Department of Psychiatry, Mount Sinai School of Medicine, New York, NY, USA*

La Internet representa el producto más importante de la industria cultural en la sociedad masiva y al mismo tiempo la máxima amenaza al espacio íntimo de la subjetividad. No obstante, para la mayoría de nosotros es sólo una parte inevitable de la ritualidad cotidiana. Hace algunos años, L. Wittgenstein señalaba que la lectura de los periódicos ha reemplazado a las oraciones matutinas en la era moderna. Hoy día podríamos afirmar que la pantalla de la laptop ha reemplazado al tabernáculo.

En la actualidad el uso disfuncional de Internet es un auténtico problema. En una muestra de estudiantes italianos (1), observamos que el 5,6% eran adictos a la Internet según la Escala de Adicción a la Internet, y más del 15%, al ser entrevistados mediante el cuestionario PROMIS, comunicaron que se sentían perturbados por una conducta sumisa compulsiva o

dominante repetitiva (que incluía charlar por la Internet y los mensajes a través de móviles). Todas estas compulsiones se relacionaron considerablemente con la adicción a las sustancias, como el consumo de alcohol o de drogas.

La distinción entre el uso fisiológico y patológico de los medios electrónicos es, desde la perspectiva social, una cuestión de cantidad de tiempo consumida y alteraciones sociales relacionadas. Desde la perspectiva subjetiva, los primeros signos son los cambios psicológicos que se presentan en el mundo virtual (desinhibición en línea y un aumento de las conductas que conllevan riesgo), junto con la presentación de experiencias disociativas hasta la «pérdida de control».

En un estudio reciente (2), observamos que las medidas de gravedad de la adicción a Internet se correlacionaban positivamente con la alteración percibida del funcionamiento en el contexto familiar ( $r = 0,814$ ;  $p \leq 0,001$ ) y la calificación de gravedad obsesivo compulsiva de Yale Brown ( $r = 0,771$ ;  $p \leq 0,001$ ). Las calificaciones en la Escala de Experiencia disociativa eran más altas que las esperadas ( $23,2 \pm 1,8$ ) y estaban relacio-

nadas con calificaciones obsesivo-compulsivas más altas ( $r = 0,618$ ;  $p \leq 0,001$ ), incremento de horas por semana en la Internet ( $r = 0,749$ ;  $p \leq 0,001$ ) y una mayor alteración percibida del funcionamiento en el contexto familiar ( $r = 0,677$ ;  $p \leq 0,001$ ). Desde una perspectiva fenomenológica, la adicción a la Internet en nuestra muestra al parecer fue más compulsiva que recompensadora o caprichosa. El principal atractivo de la Internet parece ser el desapego emocional.

Todavía no se ha esclarecido si el uso problemático de Internet debiera incluirse entre los trastornos de control de los impulsos o adictivos. Será útil en este sentido investigar los mecanismos cerebrales y los endofenotipos putativos (sobre todo el número de receptores de D2 en el sistema mesocorticolímbico y su regulación por decremento tras la estimulación del sistema). Esto nos podría ayudar a establecer estrategias eficaces para evitar y tratar el trastorno mediante el tratamiento farmacológico y modalidades conductuales.

## Bibliografía

1. Pallanti S, Bernardi S, Quercioli L. The Shorter PROMIS Questionnaire and the Internet Addiction Scale in the assessment of multiple addictions in a high-school population: prevalence and related disability. *CNS Spectr* 2006;11:966-74.
2. Bernardi S, Pallanti S. Internet addiction: a descriptive clinical study focusing on comorbidities and dissociative symptoms. *Compr Psychiatry* 2009;50:510-6.

# Adicción a la Internet: investigación en curso en Asia

**CHENG-FANG YEN, JU-YU YEN,  
CHIH-HUNG KO**

*Department of Psychiatry, Kaohsiung Medical University and Kaohsiung Medical University Hospital, Kaohsiung, Taiwan*

La adicción a la Internet ha resultado más frecuente en algunos países asiáticos que en Estados Unidos (1). Los diferentes antecedentes socioculturales podrían explicar en parte esta diferencia. Entre las diversas actividades en Internet, los juegos en línea son los que están más desarrollados en muchos países asiáticos. La promoción comercial de los juegos en línea se enfoca en la población adolescente. Los adolescentes de escuela secundaria de los países asiáticos por lo general afrontan una competencia académica muy importante. La Internet proporciona un mundo virtual en el cual temporalmente pueden olvidarse de las tensiones del rendimiento académico. Sin embargo, el uso intenso de la Internet puede dar por resultado problemas en el rendimiento académico y en la interacción social.

No se ha verificado si el uso problemático de la Internet es un trastorno adictivo o de control de los impulsos y es necesario estudiarlo más. Un estudio con resonancia magnética (RM) funcional demostró que una urgencia para jugar en línea desencadenada por señales en personas con uso excesivo de juegos de Internet activaba regiones cerebrales similares a las que intervienen en la avidez de las personas con adicción a las drogas (2).

La comorbilidad es otro aspecto importante mencionado en el análisis de Aboujaoude. En el cuestionario representativo y los estudios de entrevistas en adolescentes y estudiantes universitarios

de Taiwán (3-7) observamos una gran comorbilidad de la adicción a la Internet y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), depresión, ansiedad social y trastornos por uso de drogas. Existen varios posibles mecanismos que explican esta relación. Un trastorno mental concomitante puede dar por resultado, contribuir o exacerbar los síntomas de adicción a Internet. Esta última puede desencadenar, contribuir o exacerbar los síntomas de diversos trastornos psiquiátricos. Es posible la existencia de mecanismos biológicos, psicológicos y sociológicos subyacentes comunes a la adicción a Internet y a diversos trastornos mentales. Los factores relacionados con el muestreo, la evaluación, la investigación, el diseño del estudio y el análisis de los datos pueden conllevar una sobreestimación inadecuada de la comorbilidad (8,9). Estos mecanismos no se pueden explorar mediante un diseño de estudio transversal. Un estudio prospectivo reciente a dos años reveló que la depresión, el trastorno por déficit de atención con hiperactividad y la fobia social pronostican la presentación de la adicción a Internet (10).

Algunos estudios también han demostrado una relación de la adicción a Internet con la hostilidad (10) y las conductas agresivas (11) en los adolescentes. El efecto de la adicción a Internet sobre el desarrollo de adolescentes, sobre todo las conductas agresivas o impulsivas, es un aspecto importante que se debe evaluar en el futuro.

En algunos países asiáticos se han introducido algunos modelos de psicoterapia de grupo y de tratamiento intrahospitalario. Sin embargo, no se ha evaluado científicamente su repercusión en la mejora de la adicción a la Internet.

## Bibliografía

1. Zhang L, Amos C, McDowell WC. A comparative study of Internet addiction between the United States and China. *Cyberpsychol Behav* 2008;11:727-9.
2. Ko CH, Liu GC, Hsiao S et al. Brain activities associated with gaming urge of online gaming addiction. *J Psychiatr Res* 2009;43:739-47.
3. Ko CH, Yen JY, Chen CS et al. Psychiatric comorbidity of Internet addiction in college students: an interview study. *CNS Spectr* 2008;13:147-53.
4. Ko CH, Yen JY, Yen CF et al. The association between Internet addiction and problematic alcohol use in adolescents: the problem behavior model. *CyberPsychol Behav* 2008;11:571-6.
5. Yen JY, Ko CH, Yen CF et al. The comorbid psychiatric symptoms of Internet addiction: attention deficit and hyperactivity disorder (ADHD), depression, social phobia, and hostility. *J Adolesc Health* 2007;41:93-8.
6. Yen JY, Ko CH, Yen CF et al. The association between harmful alcohol use and Internet addiction among college students: comparison of personality. *Psychiatry Clin Neurosci* 2009;63:218-24.
7. Yen JY, Yen CF, Chen CS et al. The association between adult ADHD symptoms and Internet addiction among college students: the gender difference. *CyberPsychol Behav* 2009;12:187-91.
8. Kessler RC. The epidemiology of dual diagnosis. *Biol Psychiatry* 2004;56:730-7.
9. Mueser KT, Drake RE, Wallach MA. Dual diagnosis: a review of etiological theories. *Addict Behav* 1998;23:717-34.
10. Ko CH, Yen JY, Chen CS et al. Predictive values of psychiatric symptoms for Internet addiction in adolescents: a 2-year prospective study. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2009;163:937-43.
11. Ko CH, Yen JY, Liu SC et al. The associations between aggressive behaviors and Internet addiction and online activities in adolescents. *J Adolesc Health* 2009;44:598-605.



# Evaluación de la aparente ausencia de psicosis en la población pastoral de Borana del sur de Etiopía. Un estudio de seguimiento de método mixto

TESHOM SHIBRE<sup>1</sup>, SOLOMON TEFERRA<sup>1</sup>, CRAIG MORGAN<sup>2</sup>, ATALAY ALEM<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Addis Ababa University, P.O. Box, 9086 Addis Ababa, Ethiopia

<sup>2</sup>King's College London, Institute of Psychiatry, Section of Social Psychiatry; Health Service and Population Research Department, London, UK

*Hay algunos informes sobre la prevalencia de trastornos psicóticos en grupos de población aislados. Cuando se presentan, las variaciones de los estimados de prevalencia plantean dudas con respecto a la validez de métodos de verificación de los casos en estas circunstancias. En una encuesta demográfica previa de la población pastoral de Borana en Etiopía no se identificaron casos de esquizofrenia mediante el empleo de la Entrevista diagnóstica Internacional Compuesta. A fin de analizar este hallazgo e investigar cómo se conceptúa el trastorno psiquiátrico grave, llevamos a cabo charlas de grupo enfocadas en este tema específico con miembros clave de la población pastoral de Borana. Ulteriormente, los participantes de los grupos enfocados se utilizaron como informantes clave para identificar los casos con posibles trastornos psicóticos, basándose en su conceptualización. Los casos identificados a través de informantes clave fueron entrevistados por un psiquiatra capacitado utilizando los Esquemas para la Evaluación Clínica en Neuropsiquiatría (SCAN), con objeto de confirmar la presentación del trastorno. Las charlas de grupo enfocadas estuvieron sujetas al análisis temático. La incongruencia entre los conceptos locales y psiquiátricos radica principalmente en el hecho de que los informantes clave describían características de marata («locura») por lo que respecta a síntomas conductuales manifiestos. Después de las charlas de grupo enfocadas, los participantes identificaron a ocho personas con esquizofrenia y a 13 con un trastorno afectivo psicótico, confirmados mediante la entrevista SCAN. Los estudios de los trastornos psicóticos en tales poblaciones posiblemente se benefician de combinar las entrevistas estructuradas con el método del informante clave.*

**Palabras clave:** Trastornos psicóticos, población de Borana, método de informante clave.

(*World Psychiatry*, 2010;9:98-102)

En los últimos años, una serie de metanálisis metodológicamente adecuados han cuestionado las suposiciones prolongadas sobre la incidencia, la prevalencia y el pronóstico de la esquizofrenia en diferentes contextos culturales (1,2). Además de los factores ambientales, psicosociales y biológicos, las variaciones en la incidencia y la prevalencia notificadas podrían deberse a diferencias en los métodos empleados en los estudios, fluctuando desde las encuestas de registros de casos clínicos hasta las muestras basadas en la población evaluadas con entrevistas diagnósticas estructuradas (3-5). Así mismo, los enfoques actuales para la clasificación de los síntomas y los síndromes se han criticado por ser muy sesgados hacia las normas culturales europeas y norteamericanas (6,7). Estos factores resaltan los retos metodológicos de generar estimados directamente comparables de la prevalencia y la incidencia de la esquizofrenia y otras psicosis en ámbitos no occidentales.

Se recomienda la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI) como un instrumento de elección para la investigación epidemiológica cuando la meta del estudio es realizar comparaciones sobre la prevalencia con otros campos. Se ha comunicado que es un instrumento fiable y válido para los estudios clínicos y demográficos, apropiados para el uso de contextos diferentes y aceptables en diversas culturas (8,9). Sin embargo, dadas las dificultades para el diagnóstico de los trastornos psicóticos con el empleo de una entrevista estructura en forma aislada, se recomienda repetir las entrevistas clínicas en los estudios epidemiológicos (10-13).

En nuestro estudio previo en la población seminómada de Borana en Etiopía, con el empleo de la CIDI, se comunicó que la prevalencia de los trastornos psiquiátricos basada en la ICD-10 en el curso de la vida era del 21,6%, pero no se detectó ningún caso de esquizofrenia u otros trastornos psicóticos (14).

Por consiguiente, estos hallazgos respaldan la idea de que hay grupos de alta y baja prevalencia de trastornos psicóticos (15), con la posibilidad de que en algunas poblaciones no se presenten en absoluto.

El estudio actual fue concebido para reevaluar este hallazgo previo. Llevamos a cabo una investigación en dos etapas: a) entrevistas a informantes clave para explorar la comprensión local de los trastornos psiquiátricos graves y b) verificación de los casos de posible psicosis por los informantes clave, seguida de la entrevista clínica utilizando los Esquemas para la Evaluación Clínica en Neuropsiquiatría (SCAN,16). Nuestra hipótesis fue que el hallazgo inicial era una consecuencia del sesgo metodológico y que las creencias locales, percepciones y comprensiones de los síntomas de las psicosis eran tales que producían respuestas negativas a las preguntas relacionadas con las psicosis que comprende la CIDI.

## MÉTODOS

La región pastoral de Borana donde se realizó el estudio es una región rural remota con una infraestructura pobre y que no cuenta con ningún servicio psiquiátrico. Los Borana son uno de los pocos grupos nómada que todavía existe en el mundo hoy en día. Residen en todos los distritos de la zona de Borana, excepto en dos, y se extienden por una zona de pradera de la sabana de más de 400 km de diámetro en la parte sur de Etiopía, en sus límites con Kenia. Los Borana son un grupo de individuos errantes que se desplazan en búsqueda de tierra para pastar y agua para su ganado, sobre todo durante las estaciones de sequía periódicas intensas que ocurren con una frecuencia de cada dos a tres años, y que viven principalmente a expensas de la leche y la carne de su ganado.



El estudio fue realizado en los poblados de Megado, Dida Yabello y Dida Hara, con poblaciones combinadas de 10.598 personas de más de 18 años de edad, en quienes se habían realizado antes las entrevistas mediante la CIDI. Fue un estudio de método mixto que comprendió técnicas cualitativas (charlas de grupo enfocadas) y un componente diagnóstico estructurado utilizando informantes clave para la identificación de los casos.

En total, se invitó a participar a 56 informantes clave en las charlas de grupo enfocadas. Seis grupos de informantes, cada uno integrado por entre 8 y 10 participantes, fueron organizados en cada uno de los tres lugares o aldeas del estudio. Los criterios de inclusión fueron: hombres y mujeres de 18 años de edad y más, residentes en una de las aldeas por más de dos años, líderes formales o informales de la población o individuos por lo general respetados con quienes se podía comunicar el investigador para el intercambio de información. Las visitas a los lugares donde se efectuó el estudio se realizaron antes de la fecha de las charlas de grupos enfocadas para garantizar que en los grupos estuviesen representados todos los poblados.

Basándose en los criterios de inclusión, dos grupos, uno de hombres y otro de mujeres, fueron organizados en cada lugar de estudio. Se les informó a los participantes sobre el estudio y se ratificó su disponibilidad antes de comenzar las charlas de grupo.

En los grupos enfocados participaron un moderador y un tomador de notas, ambos psiquiatras, que hablaban el dialecto local. Las charlas de grupo tuvieron lugar en un centro sanitario local (dos grupos) o en una zona de reunión de la comunidad (cuatro grupos). Las charlas se apegaban a una guía de temas y se utilizaba una serie de preguntas abiertas con respecto a concienciación, síntomas y causas de las enfermedades mentales graves, así como formas tradicionales de tratamiento de las personas con enfermedades psiquiátricas graves. Su duración era de entre 45 y 80 minutos. En todos los grupos, el facilitador alentaba a los participantes a intervenir activamente en las charlas y se aseguraba de que cada participante tuviese una misma oportunidad para participar. Al final de cada charla de grupo, se les pidió a los participantes que identificaran a los individuos que vivían en su vecindario y que desde su perspectiva, cumplían los criterios locales de locura o de un trastorno mental grave.

Todos los procedimientos fueron grabados en cintas magnetofónicas. Una persona con fluidez en el dialecto local transcribía las charlas. Las transcripciones locales eran luego traducidas al inglés por un psiquiatra y la precisión de las traducciones era verificada por otro psiquiatra, quien tenía un buen dominio de los dos idiomas y que había crecido en la región de Borana.

El análisis se llevó a cabo a través de un proceso de lectura detallada, anotaciones y clasificación de las transcripciones para identificar temas relativos a los campos clave de interés, es decir, términos y conceptos, causas, tratamientos. Los psiquiatras de manera independiente codificaron en forma manual cada transcripción. Cualquier discrepancia fue analizada y se llegó a un consenso sobre la codificación apropiada. Los investigadores analizaron y estuvieron de acuerdo en la interpretación de los datos antes de su redacción.

A todas las personas que fueron identificadas por los informantes clave y que aceptaron ser entrevistadas por el médico se les evaluó en un centro de salud o en sus hogares utilizando la SCAN y el propósito fue evaluar el grado de congruencia en la definición del caso entre los informantes clave y el psiquiatra. Se generaron

diagnósticos clínicos basándose en los criterios del DSM-4. Se analizaron las correlaciones sociodemográficas de los casos entrevistados mediante SCAN utilizando el programa SPSS 13.

Se obtuvo la aprobación ética del Departamento de Ciencia y Tecnología de Etiopía (ESTA). A los participantes se les proporcionó toda la información necesaria con respecto al propósito del estudio y, en los casos en los que los sujetos presentaban algún problema agudo, a sus familiares en primer grado. Todos los participantes proporcionaron su consentimiento informado. Toda persona que necesitase medicación por un trastorno psiquiátrico fue tratada en el lugar y si era necesario se le remitió para seguimiento.

## RESULTADOS

Se invitó a 56 informantes clave a las charlas de grupo enfocadas, de los cuales 49 (87,5%) participaron. Veintiséis (46,4%) eran mujeres. La edad de los participantes fluctuaba de 25 a 60 años (media  $\pm$  DE 37,0  $\pm$  17,7 años). La mayoría de los participantes nunca había asistido a la escuela, excepto tres que habían recibido educación a nivel primaria.

Aunque algunos participantes comunicaron que nunca habían oído o conocido a ninguna persona con una enfermedad psiquiátrica grave, conforme avanzaron las charlas todos hablaron abiertamente de sus experiencias de haber conocido a tales individuos.

Los participantes dieron un nombre local a la enfermedad que describían como indicativa de una enfermedad mental grave y discapacitante (marata, traducción literal de «locura») que parecía tener una equivalencia conceptual amplia a las nociones occidentales de la psicosis. Todos los participantes aceptaron el término y no se señaló ningún vocablo alternativo para designar tal enfermedad. Los participantes distinguían entre marata y los trastornos temporales vinculados a la cultura, tales como sarki, que se consideran más frecuentes.

*A esto se le llama marata. Es diferente de sarki. Una persona podría volverse marata sin ningún motivo aparente. La marata aparece a una edad más avanzada, después que la persona ha madurado. Cuando la persona se vuelve marata, se comporta de forma diferente, nadie sabe a ciencia cierta qué fue lo que produjo su locura. El está marata... corre de un lado a otro sin ningún propósito, quema casas, golpea a las personas y arrebató cosas a los demás.*

Una mujer participante describió el trastorno de la conducta después del consumo de alcohol: *algunas personas enloquecen sólo cuando toman alcohol... enloquecen de nuevo siempre que beben algo más de alcohol*. También se informó que los trastornos emocionales se relacionaban con el parto y con los sucesos vitales adversos, como la muerte de un ser querido. Los participantes también distinguieron las enfermedades mentales recidivantes o crónicas de las causadas por los trastornos febriles agudos que son frecuentes en la zona.

Un participante distinguió evoluciones diferentes de la marata de la manera siguiente: *«Por ejemplo, una clase no mejora una vez que presentan marata, de ahí que mueren de marata, en tanto que otra clase mejora con el tratamiento»*. Sin embargo, en general, casi todos los participantes estuvieron de acuerdo en que una vez que una persona presentaba una enfermedad

psiquiátrica, no se curaría. Esta afirmación fue complementada con un proverbio local frecuente que dice «*maaratan hin magaalla malee, hin fayuu*» («El loco puede mejorar pero nunca se cura»). Sólo algunos participantes proporcionaron ejemplos de personas que acababan de tener un episodio de enfermedad y que se habían restablecido.

Se comunicó que los síntomas conductuales observables eran indicadores de marata por todos los participantes. Además de la violencia física y la agresión, los participantes estuvieron de acuerdo en que tal conducta podría incluir perturbación de los hábitos de alimentación. Por ejemplo: «comería cosas no comestibles como el jabón. Comería de todo, bestias salvajes, serpientes...».

Todos los participantes describieron y estuvieron de acuerdo en que las siguientes conductas eran indicadores de trastornos mentales graves: conducta agresiva y violenta completamente descontrolada, participación en situaciones que podrían poner en peligro a la persona, a otros o a los animales, inquietud y estar siempre moviéndose o errante, desorden en la forma en que una persona viste, habla y socializa con otros y conducta inusual o anormalmente quieta.

Algunos participantes describieron un trastorno de la conducta como una forma fácil de detectar una enfermedad mental. Una mujer anciana dijo: «*Es fácil reconocer a una persona marata. Su comportamiento cambia, habla de manera diferente. Una persona que antes era pacífica se vuelve agresiva sin ninguna causa evidente*». Pero otros describieron que la agresión y los trastornos de la conducta son periódicos. Un participante describió la conducta de una persona a quien conocía bien.

*A veces se ve sano. No ataca a las personas. Camina tranquilo. Hay otro que no habla mucho; dice una cosa y luego se mantiene quieto. A veces se vuelve agresivo. El hombre del que te conté antes, el que mató ganado, no hablaba a las personas. Se sentaba tranquilamente. Una mañana, comenzó a perseguir al ganado y a las personas. Una persona loca no puede mantenerse tranquila por mucho tiempo. Se enfermará un día.*

Las violaciones a las normas sociales también se consideraban anormales, cuando ocurrían en la familia o en otras circunstancias sociales.

*Mira a las personas con un ojo. No habla a las personas. No responde si le llamas por su nombre. Las personas se mantienen formadas en la cola y toman turnos para obtener el agua de una fuente. Ella no se formaría en la cola. Iría directamente a la fuente y tomaría agua sin formarse...*

Además de la conducta no social, casi todos los participantes describieron que el lenguaje de la persona era indicativo de anormalidades.

*El otro síntoma son los gritos... Grita y corre... Las personas dirían que se ha vuelto loco cuando grita... Cuando comienza a mezclar cosas sobre Kenia y Etiopía, los Borana dirían que la persona está taka marata...Esto significa que la persona se está volviendo loca.*

Se dio escasa importancia al pensamiento y las alteraciones perceptuales al describir marata. En general, los cambios

de conducta parecían dominar en el cuadro sintomático. Sólo un participante describió sentimientos de temor y pensamiento paranoide: «*Este hombre presentó la enfermedad recientemente. Al principio comenzó con temores. Comenzó a quejarse de que lo seguían... dijo que las personas lo seguían y lo insultaban, que alguien camina a su lado y lo insulta*».

Algunos participantes describían la pérdida de la capacidad para trabajar, los propios cuidados y los cuidados de la familia y el deterioro burdo en todas las esferas del funcionamiento como una consecuencia de marata.

*Era un hombre muy trabajador: araba en la granja y excavaba pozos de agua. Ahora, ha enloquecido... No reconoce nada. Sale de su casa y regresa desnudo, arrojando su ropa de vestir. No puede reconocer a su esposa o a sus niños. Antes era una persona normal.*

En todos los grupos, los participantes comentaron de manera franca los ejemplos que conocían de personas con enfermedades mentales que habían cometido suicidio en los últimos años o que habían emigrado a pueblos cercanos.

*Había una dama anciana que bebía veneno en su pueblo. Estaba loca. Sobrevivía después de beber veneno. Pero murió después de haberse colgado. Esto ocurrió hace cuatro o cinco años.*

En todos los grupos los participantes describieron a alguien de sus aldeas que conocían con una enfermedad mental grave y que había migrado a pueblos de los alrededores y también intentaron dar posibles motivos.

*A las personas locas les gusta el ruido y se van rápidamente a una ciudad. Son mejor toleradas en la ciudad. Las personas de la ciudad les dan alimentos... quizá las personas que viven en la ciudad no temen que estas personas quemem sus casas. No las persiguen como lo hacemos nosotros... Es por eso que se van a la ciudad.*

Los informantes clave identificaron a 65 individuos. De los 65 individuos examinados, 48 (73,8%) adultos, con edad de entre 18 y 80 años, fueron evaluados. Dos individuos no estaban dispuestos a acudir a la entrevista, en tanto que los 15 restantes no se encontraron en su domicilio después de varias visitas. De todos los individuos entrevistados por el psiquiatra, 36 (75,0%) tenían un diagnóstico del eje I del DSM-4. Ocho (16,8%) tenían esquizofrenia, 13 (27,1%) un trastorno afectivo psicótico y dos (4,2%) un trastorno psicótico breve. Trece (27,1%) tenían un trastorno mental no psicótico (trastorno afectivo, por ansiedad o por drogas o demencia).

## DISCUSIÓN

Este estudio con un diseño de dos etapas tuvo como propósito explorar los conceptos locales y el entendimiento de las enfermedades psiquiátricas graves en la población pastoral de Borana en Etiopía y analizar con más detalle la ausencia previamente notificada de trastornos psicóticos en este ámbito (14). En nuestra encuesta demográfica previa, la prevalencia global de los trastornos psiquiátricos, evaluada utilizando la

CIDI, fue de un 21,6%, sin ningún caso de esquizofrenia. En este estudio actual en el que se utilizó a informantes clave de los Borana, había un conocimiento general de la enfermedad mental grave que se parecía a las conceptualizaciones occidentales de la psicosis. Los informantes clave identificaron 23 casos de trastorno psicótico confirmado mediante la SCAN, incluidos ocho casos de esquizofrenia.

Al igual que con muchos otros instrumentos administrados por el entrevistador profano, la principal limitación de la CIDI es la escasa validez para detectar síntomas psicóticos (9,12,17). Ante las alteraciones de la cognición y el criterio, los pacientes psicóticos pueden negar la enfermedad y responder negativamente a tales cuestionarios estructurados, a menos que se complementen con otros métodos. También se ha cuestionado la validez de la CIDI en muestras de la población general (17) y en poblaciones no occidentales no letradas (18).

Se han utilizado informantes clave en algunos estudios psiquiátricos para la detección de casos tanto en países de altos ingresos (19,20) como de bajos ingresos (12,21). En un estudio previo realizado en Butajira, Etiopía, se utilizaron la CIDI y los métodos de informante clave para la detección en la primera etapa en un estudio epidemiológico a gran escala. Se compararon los dos métodos con respecto a su capacidad de detección de casos y se comunicó que el método del informante clave era significativamente superior a la CIDI con una mayor sensibilidad para identificar los casos de esquizofrenia (12).

El empleo de informantes clave para la detección de casos en un estudio previo similar realizado en Etiopía comunicó que tales informantes son muy conocedores de los problemas de salud mental y de la presentación de casos en el vecindario (22).

En el presente estudio, la mayoría de los identificados por los informantes clave como marata («locos») cumplían los criterios para diversos trastornos del eje I del DSM-IV, pero no necesariamente para la psicosis. Los informantes clave conocían los síntomas de las enfermedades mentales y tenían conceptos que en cierto grado se solapaban a los de los profesionales. La incongruencia entre los casos identificados por los informantes clave y las evaluaciones clínicas surgieron principalmente porque los informantes clave tendían a describir las características de marata en términos de síntomas conductuales manifiestos en tanto que no notificaban bien los síntomas relacionados con las alteraciones cognitivas. Esto contrasta con las conceptualizaciones de psicosis occidentales, según se reflejan en la CIDI, que se basan principalmente en la presentación de delirios y alucinaciones.

En nuestra opinión, el empleo de métodos cualitativos para tratar de comprender las descripciones locales de las enfermedades psiquiátricas graves al parecer es superior a la detección de casos mediante la presentación de viñetas basadas en las conceptualizaciones occidentales del trastorno. Así mismo, al tratar de explicar las variaciones de la prevalencia de la psicosis en los contextos culturales es necesario tomar en cuenta las conceptualizaciones locales de los síntomas y el trastorno antes de llegar a la conclusión de que existen verdaderas diferencias. En nuestro estudio, aunque los conceptos generales de trastorno mental grave en la población pastoral de Borana reflejaban las creencias tradicionales, sobre todo por lo que respecta a la atribución de la enfermedad y las intervenciones recomendadas, hubo un solapamiento notable con los modelos clínicos occidentales de la psicosis en cuanto a los trastornos de lenguaje y la conducta, así como la disfunción social y laboral.

Los informantes clave identificaban con facilidad los síntomas de enfermedades psiquiátricas graves y, basándose en estos síntomas, identificaban fácilmente el trastorno psicótico. Una dificultad importante para atenderse a los conceptos locales de marata es que este concepto al parecer es más amplio y más global que los conceptos occidentales de psicosis. En consecuencia, algunas personas sin ningún trastorno psiquiátrico o que padecían trastornos no psicóticos cuando fueron evaluados mediante la entrevista clínica utilizando la SCAN fueron estigmatizados como marata. Además, la fuerte creencia local de que la marata sólo puede mejorar y nunca curar podría potencialmente llevar a la estigmatización de todos los individuos con trastornos emocionales independientemente de la causa, el diagnóstico y la evolución.

Es posible que por otros motivos diversos se hayan pasado por alto los casos de psicosis en el estudio original. Algunos casos se omitieron en la selección de la muestra. Al reevaluar los datos de la CIDI del estudio previo, descubrimos que cuatro de los casos con psicosis identificada por los informantes clave no se habían entrevistado mediante la CIDI. Según lo hicieron notar los informantes clave, las personas con enfermedades psiquiátricas graves pueden volverse errantes y emigrar a las ciudades, y también tienen el riesgo de una mortalidad prematura por suicidio. Se entrevistaron otros casos mediante la CIDI pero negaron estar enfermos. En esta categoría tenemos un caso de esquizofrenia crónica que negaba siquiera cualquier enfermedad. Otros casos más fueron entrevistados pero comunicaron síntomas subumbral que no cumplían los criterios para el diagnóstico de esquizofrenia: descubrimos tres casos en esta categoría. Por último, puede haber intervenido el sesgo metodológico, es decir, la incomodidad, la desconfianza y el mal entendimiento de los apartados de la CIDI debido a las dificultades para comprender la terminología.

La principal limitación de este estudio es que el periodo entre la entrevista mediante la CIDI y la entrevista presente por los informantes clave fue superior a seis años. Lo que dificulta la comparación de los dos métodos. No obstante, la identificación de los trastornos psiquiátricos en esta población brinda indicios de que la psicosis ocurre en este grupo de población. La mayoría de los casos identificados tenían una enfermedad prolongada y los síntomas habían estado presentes durante la entrevista con la CIDI.

En conclusión, nuestros datos señalan que los estudios de los trastornos psicóticos en poblaciones aisladas posiblemente se benefician de combinar las entrevistas estructuras con el método del informante clave.

## Agradecimientos

Este estudio fue financiado por el Stanley Medical Research Institute, USA. Nos gustaría agradecer a todas las personas que participaron en el estudio. También agradecemos a Charlotte Hanlon por revisar un manuscrito previo.

## Bibliografía

1. McGrath JJ. Variations in the incidence of schizophrenia: data versus dogma. *Schizophr Bull* 2006;32:195-7.
2. Saha S, Chant D, Welham J et al. A systematic review of the prevalence of schizophrenia. *PLoS Med* 2005;2:413-33.

3. Youssef AH, Scully JP, Kinsella A et al. Geographical variation in rate of schizophrenia in rural Ireland by place at birth vs place at onset. *Schizophr Res* 1999;37:233-43.
4. Kessler R, McGonagle K, Zhao S et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51:8-19.
5. Eaton WW, Kramer M, Anthony JC et al. The incidence of specific DSM-III mental disorders: data from the NIMH Epidemiologic Catchment Area Program. *Acta Psychiatr Scand* 1989;79:163-78.
6. Halbreich U, Alarcon DR, Calil H et al. Culturally sensitive complaints of depressions and anxieties in women. *J Affect Disord* 2007;102:159-76.
7. Njenga F. Factors that influence functional impairment and outcome of mental illness. *World Psychiatry* 2009;8:95-6.
8. Wittchen HU, Robins LN, Cottler LB et al. Cross-cultural feasibility, reliability, and source of variance of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *Br J Psychiatry* 1991;159:645-53.
9. Alhasnawi S, Sadik S, Rasheed M et al. The prevalence and correlates of DSM-IV disorders in the Iraq Mental Health Survey (IMHS). *World Psychiatry* 2009;8:97-109.
10. Van Os J, Hanssen M, Bijl VR et al. Prevalence of psychotic disorder and community level of psychotic symptoms. *Arch Gen Psychiatry* 2001;58:663-8.
11. Helzer EJ, Robins NL, McEvoy TL et al. A comparison of clinical and Diagnostic Interview Schedule diagnosis: physician re-examination of lay-interviewed cases in the general population. *Arch Gen Psychiatry* 1985;42:657-66.
12. Shibre T, Kebede D, Alem A et al. An evaluation of two screening methods to identify cases with schizophrenia and affective disorders in a community survey in rural Ethiopia. *Int J Social Psychiatry* 2002;48:200-8.
13. Anthony CJ, Folstein M, Romanoski JA et al. Comparison of the lay Diagnostic Interview Schedule and a standardized psychiatric diagnosis: experience in Eastern Baltimore. *Arch Gen Psychiatry* 1985;42:667-75.
14. Beyero T, Alem A, Kebede D et al. Mental disorders among the Borana semi-nomadic community in Southern Ethiopia. *World Psychiatry* 2004;3:110-4.
15. Torrey EF. Prevalence studies in schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1987;150:598-608.
16. World Health Organization. Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry. Geneva: World Health Organization, 1994.
17. Andrews G, Peters L. The psychometric properties of the Composite International Diagnostic Interview. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998;33:80-8.
18. Smits HMC, de Vries MW, Beckman TFA. The CIDI as an instrument for diagnosing depression in older Turkish and Moroccan labor migrants: an extraordinary study into equivalence. *Int J Geriatric Psychiatry* 2005;20:436-45.
19. Harvey AC, Curson AD, Pantelis C et al. Four behavioral syndromes of schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1996;168:562-70.
20. Harvey AC, Pantelis C, Taylor J et al. The Camden schizophrenia surveys. II. High prevalence of schizophrenia in an inner London borough and its relationship to sociodemographic factors. *Br J Psychiatry* 1996;168:418-26.
21. Fekadu A, Shibre T, Alem A et al. Bipolar disorder among an isolated island community in Ethiopia. *J Affect Disord* 2004;80:1-10.
22. Alem A, Jacobsson L, Araya M et al. How are mental disorders seen and where is help sought in rural Ethiopian community? A key informant study in Butajira, Ethiopia. *Acta Psychiatr Scand* 1999;100:40-7.



# La contribución de los temperamentos ansiosos e hipertímicos en los trastornos mentales: un estudio epidemiológico nacional

ELIE G. KARAM<sup>1,2,3</sup>, MARIANA M. SALAMOUN<sup>3</sup>, JOUMANA S. YERETZIAN<sup>3</sup>, ZEINA N. MNEIMNEH<sup>3,4</sup>, AIMEE N. KARAM<sup>1,2,3</sup>, JOHN FAYYAD<sup>1,2,3</sup>, ELIE HANTOUCHE<sup>5</sup>, KAREEN AKISKAL<sup>6</sup>, HAGOP S. AKISKAL<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Department of Psychiatry and Clinical Psychology, St. George Hospital University Medical Center, P.O. Box 166227, Ashrafieh, Beirut 1100 2110, Lebanon

<sup>2</sup>Department of Psychiatry and Clinical Psychology, Faculty of Medicine, Balamand University, Beirut, Lebanon

<sup>3</sup>Institute of Development Research Advocacy and Applied Care (IDRAAC), Beirut, Lebanon

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

<sup>5</sup>Anxiety and Mood Center, CTAH, Paris, France

<sup>6</sup>International Mood Center, University of California at San Diego, La Jolla, CA, USA

*Se ha demostrado que el temperamento está vinculado clínicamente a los trastornos mentales. Nuestro objetivo fue determinar mediante un estudio epidemiológico nacional la posible contribución del temperamento a los trastornos psiquiátricos. A una muestra nacionalmente representativa de adultos (n = 1.320) se les administró la versión libanesa-árabe de la Evaluación del Autocuestionario para la Evaluación de Memphis, Pisa, París y San Diego (TEMPS-A) y la CIDI 3.0 árabe como parte del estudio LEBANON. Se evaluó la relación entre los temperamentos y los trastornos afectivos, por ansiedad y de control de los impulsos según los criterios del DSM-IV. Se demostró que el temperamento ansioso era un factor pronóstico sólido de casi todos los trastornos, sobre todo de los grupos de ansiedad y depresión. El temperamento hipertímico tuvo un efecto singularmente protector en casi todos los trastornos psiquiátricos, con la excepción de los trastornos de ansiedad por separación, bipolares, por toxicomanía y control de los impulsos. Estos efectos fueron moderados por la edad y la educación. Los temperamentos, que con anterioridad en gran parte se habían descuidado en estudios epidemiológicos, podrían contribuir en un grado importante al origen de los trastornos mentales.*

**Palabras clave:** Temperamento, Líbano, estado de ánimo, ansiedad, control de los impulsos.

(*World Psychiatry* 2010;9:103-110)

El temperamento se describe mejor como el rasgo de reactividad emocional de un individuo (1,2), al parecer es estable durante toda la vida (3,4) y tiene una sólida sustentación genética (5-7). Cada vez hay más pruebas de que los temperamentos y los conceptos relacionados con la personalidad contribuyen en la predisposición de las personas a los trastornos psiquiátricos (3,8,9). Todavía se debate el grado en el cual los dos corresponden al mismo «proceso continuo» (10,11).

Akiskal et al., (12) desarrollaron el Autocuestionario de la Evaluación del Temperamento de Memphis, Pisa, París y San Diego (TEMPS-A) para medir cinco rasgos afectivos del temperamento: depresivo, ciclotímico, hipertímico, irritable y ansioso (13). Además de su versión en inglés (12), este instrumento se ha adaptado y validado en otros idiomas (14) y se demostró que es muy adecuado para la administración en estudios epidemiológicos a gran escala (4).

Aunque se ha observado clínicamente que el temperamento está vinculado a los trastornos psiquiátricos (14), este efecto pocas veces se ha evaluado en una población no clínica (8,15) y, a nuestro entender, no se ha investigado a nivel nacional.

La Evaluación Libanesa de la Morbilidad de Trastornos y Necesidades de la Nación (LEBANON) (16-18) fue realizada como parte de las Encuestas de Salud Mental Mundial (WMH) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que ahora abarcan más de 29 países. El estudio de LEBANON mostró que el 25,8% de la población adulta libanesa tenía por lo menos un trastorno definido según el DSM-IV y un 17% tenía por lo menos un trastorno en el curso de 12 meses. La prevalencia de los trastornos afectivos y por ansiedad en el curso de la vida fue del 12,6% y el 16,7%, respectivamente, en tanto que su

prevalencia en 12 meses fue del 6,6% y el 11,2% (17,18). Los adultos libaneses tuvieron puntuaciones más altas en el temperamento hipertímico, seguidos por los de temperamento depresivo, ciclotímico, ansioso y por último irritable (16) lo que refleja las tendencias generales en otras poblaciones (14, 19-21).

El propósito de este estudio fue explorar los siguientes aspectos: a) ¿varían los temperamentos entre los individuos que tienen trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV en el curso de 12 meses y los que no lo tienen? b) ¿Cuál es la interacción entre el temperamento y las variables sociodemográficas para pronosticar los trastornos psiquiátricos?

## MÉTODOS

El estudio LEBANON comprendió los dos componentes: el componente LEBANON WMH, llevado a cabo en colaboración con la Universidad de Harvard y la OMS utilizando la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI) 3.0 (17,18,22) y el componente LEBANON-TEMP utilizando la TEMPS-A libanes-árabe (4,16).

Para este estudio se seleccionó una muestra de probabilidad de adultos no internados ( $\geq 18$  años de edad) agrupados por múltiples edades y con una estratificación representativa nacional). A un total de 2.857 encuestados se les administró la CIDI 3.0 y a una submuestra de 1.320 encuestados (47% de la muestra total) se les pidió que llenaran la TEMPS-A.

Los procedimientos de consentimiento fueron autorizados por el Comité de la Junta de Revisión Institucional del St. George University Medical Center/Faculty of Medicine, Balamand University, Líbano, que está registrada en la Oficina de

Protecciones para la Investigación Humana Estadounidense en el Departamento de Salud y Servicios Humanos.

La TEMPS-A libanés-árabe es un cuestionario que consta de 110 apartados para mujeres y 109 para hombres, que abarcan las cinco escalas temperamentales afectivas: depresiva (21 apartados), ciclotímica (21 apartados), hipertímica (21 apartados), irritabilidad (20-21 apartados) y ansiedad (26 apartados). Los detalles sobre las propiedades psicométricas de esta escala y su adecuación para uso en estudios epidemiológicos pueden consultarse en otra parte (16,17). Un análisis de los factores de la TEMPS-A libanés-árabe dio por resultado cinco factores: ansioso-depresivo, hipertímico, irritable, ansioso-somático y depresivo-ciclotímico (16).

Se utilizó la CIDI 3.0 árabe como el instrumento diagnóstico para los trastornos del DSM-IV. La CIDI comprendió dos partes: la parte 1 evaluó los trastornos «centrales» (depresión, manía, pánico, fobias, trastorno por ansiedad generalizada, trastorno explosivo intermitente, suicidio y alcoholismo) y se administró a todos los encuestados; la parte 2 evaluó factores de riesgo, consecuencias y otras correlaciones (antecedentes de empleo, logros educativos, vida social y conyugal, exposición a traumatismo, etc.), así como trastornos adicionales (toxicomanía, trastorno por estrés postraumático, trastorno obsesivo-compulsivo, psicosis, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, trastorno de la conducta y trastornos por ansiedad de separación). La evaluación del trastorno de la conducta y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad se limitó a los encuestados de 18 a 44 años de edad para reducir el sesgo de recuerdo. La sección de la parte II se administró a todos los encuestados de la parte I que cumplieran los criterios en el curso de la vida para cualquier trastorno «central», más una submuestra de probabilidad (20%) del resto de los encuestados (en quienes los resultados fueron negativos) (16,17).

La media de edad de la muestra de la TEMPS-A fue  $43 \pm 16$  años (hombres 45%, mujeres 55%); 68% de la muestra estaban casados, 24% eran solteros y el 8% restante estaban separados,

divorciados o eran viudos. Las medias de las calificaciones en las subescalas de la TEMPS-A fueron las siguientes: hipertímicos  $12,5 \pm 4,5$ , depresivos  $7,6 \pm 2,9$ , ciclotímicos  $5,9 \pm 4,3$ , ansiosos  $6,6 \pm 5,2$  e irritables  $2,8 \pm 3,1$  (16).

Todos los resultados fueron ponderados para la probabilidad diferencial apropiada de selección y fueron postestratificados a los datos demográficos oficiales en torno a las variables sociodemográficas y geográficas (17,18). Las diferencias entre las medias ponderadas se midieron mediante la prueba de la *t* de Student. Las diferencias de las frecuencias se evaluaron utilizando la prueba de la  $\chi^2$  de Rao Scott. Las correlaciones de los trastornos se identificaron utilizando la regresión logística. Estos análisis se llevaron a cabo utilizando procedimientos del programa SAS versión 9.1 que toma en cuenta el diseño complejo de la muestra y se determinó la significación utilizando un intervalo de confianza del 95%. Los análisis de la significancia no se calcularon para las cifras no ponderadas de  $\leq 30$ .

Se determinaron los umbrales para las variables de temperamento a través de la clasificación y el análisis de árbol de regresión (CART), utilizando la rutina RPART en la versión R 2.3.1 sin ponderación. Este programa desarrolla modelos CART utilizando un procedimiento de dos etapas y el modelo resultante se despliega como árboles binarios. Primeramente el modelo saturado se adaptó a los tres desenlaces (cualquier trastorno por ansiedad, cualquier trastorno afectivo o cualquier trastorno). Luego se seleccionó el árbol con el error de validación cruzada más pequeño. Basándose en la validación cruzada, se identificaron los árboles óptimos utilizando el número de nodos correspondientes al error de validación cruzada más pequeño (error  $x < 1$ ) para los árboles óptimos, error  $x$  más pequeño que 1 EE para los mejores árboles). La separación de los nodos se detuvo en  $n < 30$ .

## RESULTADOS

En comparación con los encuestados que no tenían trastornos, los que presentaban algún trastorno afectivo o por ansie-

**Tabla 1.** Calificaciones de temperamento afectivo y trastornos del DSM-IV en 12 meses

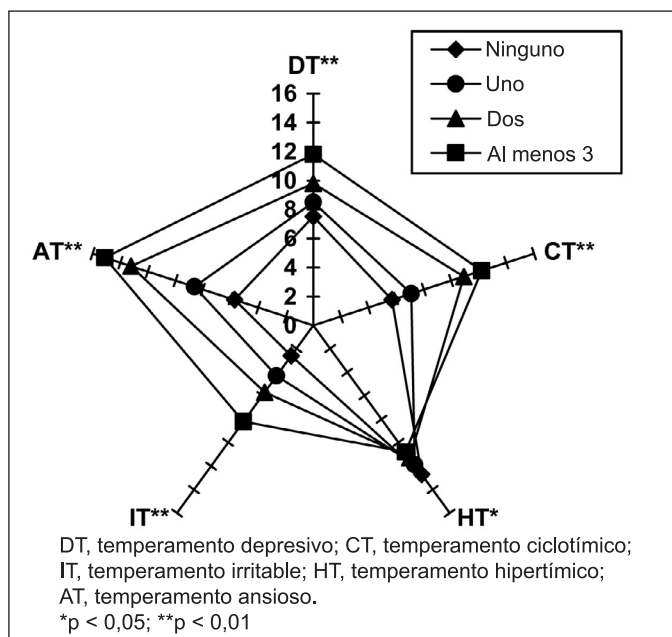
|                                                                        | Calificación de temperamento (media $\pm$ EE) |                  |                  |                  |                  |
|------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
|                                                                        | Depresivo                                     | Ciclotímico      | Hipertímico      | Irritable        | Ansioso          |
| Cualquier trastorno afectivo (n = 82)                                  | 9,9 $\pm$ 0,5**                               | 9,6 $\pm$ 0,6**  | 10,2 $\pm$ 0,6** | 5,6 $\pm$ 0,5**  | 12,3 $\pm$ 1,0** |
| Trastorno depresivo mayor (n = 64)                                     | 9,9 $\pm$ 0,5**                               | 9,1 $\pm$ 0,7**  | 9,5 $\pm$ 0,7**  | 5,2 $\pm$ 0,7**  | 12,5 $\pm$ 1,1** |
| Distimia (n = 8) <sup>a</sup>                                          | 11,9 $\pm$ 1,4**                              | 11,6 $\pm$ 2,5** | 12,9 $\pm$ 2,1** | 5,8 $\pm$ 2,4**  | 15,0 $\pm$ 2,8** |
| Trastornos bipolares (n = 18) <sup>a</sup>                             | 9,7 $\pm$ 0,7**                               | 11,8 $\pm$ 0,8** | 12,8 $\pm$ 0,9** | 7,5 $\pm$ 0,8**  | 11,8 $\pm$ 1,4** |
| Cualquier trastorno por ansiedad (n = 101) <sup>b</sup>                | 8,9 $\pm$ 0,4**                               | 8,3 $\pm$ 0,8**  | 11,1 $\pm$ 0,6** | 4,9 $\pm$ 0,6**  | 10,3 $\pm$ 0,8** |
| Trastorno por pánico (n = 6) <sup>a</sup>                              | 13,5 $\pm$ 1,8**                              | 10,9 $\pm$ 2,4** | 8,9 $\pm$ 1,6**  | 7,0 $\pm$ 2,2**  | 16,5 $\pm$ 2,3** |
| Trastorno por ansiedad generalizada (n = 19) <sup>a</sup>              | 9,5 $\pm$ 0,6**                               | 8,0 $\pm$ 1,0**  | 12,8 $\pm$ 1,2** | 5,5 $\pm$ 0,8**  | 12,4 $\pm$ 1,2** |
| Fobia específica (n = 85)                                              | 8,6 $\pm$ 0,5**                               | 8,7 $\pm$ 0,6**  | 11,8 $\pm$ 0,4** | 4,5 $\pm$ 0,4**  | 9,8 $\pm$ 0,7**  |
| Fobia social (n = 16) <sup>a</sup>                                     | 9,8 $\pm$ 0,7**                               | 10,1 $\pm$ 1,6** | 10,6 $\pm$ 1,0** | 4,8 $\pm$ 1,2**  | 10,8 $\pm$ 1,9** |
| Agorafobia sin pánico (n = 3) <sup>a</sup>                             | 11,4 $\pm$ 1,3**                              | 14,4 $\pm$ 1,5** | 14,4 $\pm$ 0,5** | 8,2 $\pm$ 1,0**  | 17,3 $\pm$ 2,4** |
| Trastorno por estrés postraumático (n = 15) <sup>a,b</sup>             | 10,0 $\pm$ 0,9**                              | 10,0 $\pm$ 1,6** | 9,4 $\pm$ 1,0**  | 5,1 $\pm$ 1,7**  | 15,0 $\pm$ 1,6** |
| Trastorno obsesivo-compulsivo (n = 3) <sup>a,b</sup>                   | 14,0 $\pm$ 0,9**                              | 14,7 $\pm$ 2,9** | 11,0 $\pm$ 2,6** | 12,4 $\pm$ 3,3** | 17,2 $\pm$ 2,5** |
| Trastorno por ansiedad de separación (n = 7) <sup>a,c</sup>            | 11,2 $\pm$ 1,0**                              | 12,0 $\pm$ 0,9** | 14,1 $\pm$ 1,6** | 10,1 $\pm$ 0,8** | 14,2 $\pm$ 1,7** |
| Cualquier trastorno de control de los impulsos (n = 18) <sup>a,c</sup> | 9,7 $\pm$ 0,7**                               | 12,5 $\pm$ 0,6** | 13,3 $\pm$ 0,5** | 8,7 $\pm$ 0,6**  | 13,6 $\pm$ 1,3** |
| TDAH (n = 6) <sup>a,c</sup>                                            | 11,7 $\pm$ 0,5**                              | 12,5 $\pm$ 0,8** | 12,6 $\pm$ 1,0** | 10,4 $\pm$ 0,6** | 15,2 $\pm$ 0,8** |
| Trastorno explosivo intermitente (n = 15) <sup>a</sup>                 | 8,6 $\pm$ 0,7**                               | 11,6 $\pm$ 1,1** | 13,6 $\pm$ 0,5** | 7,5 $\pm$ 0,5**  | 13,0 $\pm$ 1,4** |
| Cualquier trastorno por toxicomanía (n = 5) <sup>a,b</sup>             | 10,0 $\pm$ 0,5**                              | 5,7 $\pm$ 1,7**  | 16,0 $\pm$ 1,0** | 4,2 $\pm$ 1,4**  | 5,8 $\pm$ 1,9**  |
| Cualquier trastorno (n = 163) <sup>b</sup>                             | 9,0 $\pm$ 0,3**                               | 8,1 $\pm$ 0,6**  | 11,7 $\pm$ 0,6** | 4,8 $\pm$ 0,4**  | 9,9 $\pm$ 0,8**  |
| Ningún trastorno (n = 384)                                             | 7,5 $\pm$ 0,2**                               | 5,7 $\pm$        | 12,7 $\pm$ 0,3** | 2,6 $\pm$ 0,3    | 5,7 $\pm$ 0,3    |

TDAH, trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

<sup>a</sup>Número de casos demasiado pequeño ( $n \leq 30$ ) para evaluar la significancia;

<sup>b</sup>Estimado en la muestra de la parte II ( $n = 547$ ); <sup>c</sup>Estimado en los encuestados de 18 a 44 años de edad en la muestra de la parte 2.

Significativamente diferente de la categoría «ningún trastorno»: \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,001$ .



**Figura 1.** Calificaciones de temperamento y número de trastornos psiquiátricos.

dad en un curso de 12 meses tenían calificaciones significativamente más altas en cada una de las subescalas subescalas depresiva, psicotímica, irritable y ansiosa, pero calificaciones más bajas en la subescala del temperamento hipértimico (tabla 1). Los trastornos de control de los impulsos, la agorafobia y

los trastornos de ansiedad por separación del adulto tuvieron calificaciones más altas de todos los temperamentos, incluido el hipértimico; sin embargo, debido a las pequeñas cifras, no se pudieron calcular los análisis de significancia (tabla 1). Se descubrieron resultados similares para los análisis en el curso de la vida (datos disponibles para los interesados).

La media de las calificaciones en las subescalas de temperamento depresivo, ciclotímico, ansioso e irritable se incrementó notablemente al aumentar el número de trastornos ( $p < 0,001$ ). Por lo contrario, la media de la calificación hipértimica disminuyó notablemente al incrementarse el número de trastornos ( $p < 0,05$ ) (fig. 1). Al igual que con las escalas originales de la TEMPS-A, las calificaciones de los otros cuatro factores derivados estadísticamente (ansioso-depresivo, irritable, ansioso-somático y depresivo-ciclotímico) fueron más altas en los individuos con cualquier trastorno por ansiedad o afectivo, y de nuevo, a la inversa, las calificaciones en el factor hipértimico fueron más bajas (datos disponibles a quien los solicite).

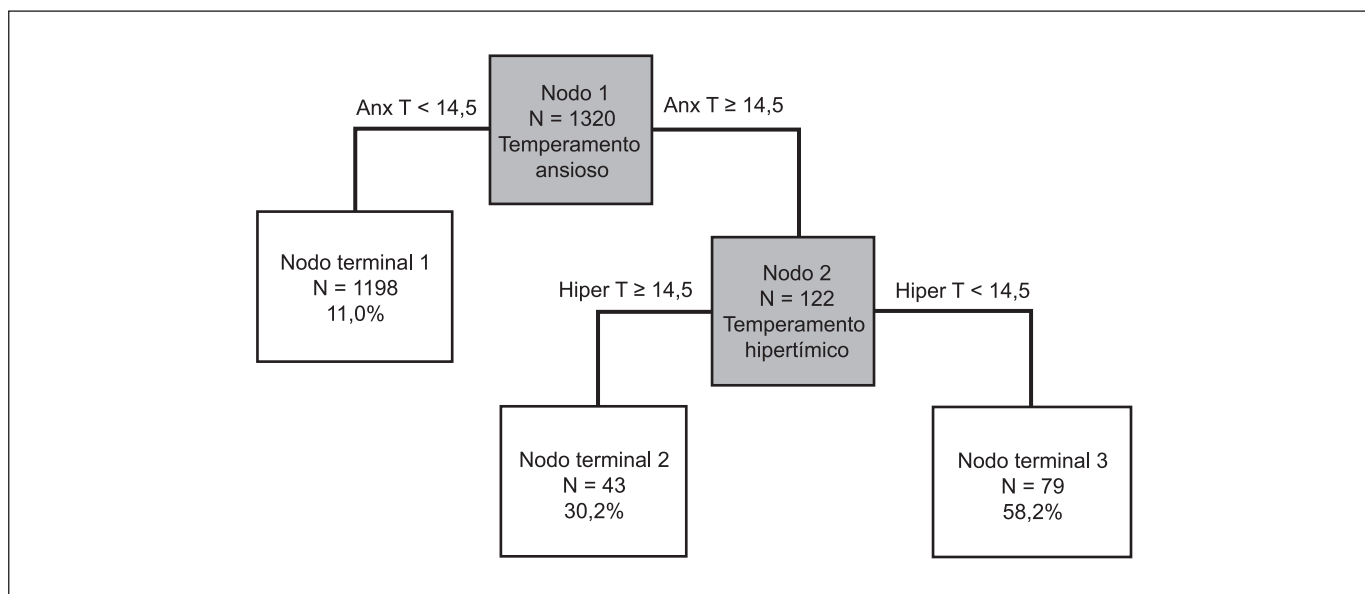
Las calificaciones de temperamento fueron ingresadas en tres modelos logísticos como variables continuas para el ajuste con respecto a las variables sociodemográficas (edad, género sexual, estado conyugal y educación) a fin de pronosticar cualquier trastorno, cualquier trastorno afectivo o cualquier trastorno por ansiedad. El presentar cualquier trastorno (afectivo, por ansiedad, control de los impulsos y toxicomanía) se relacionó con ser soltero (OR = 2,4; IC = 1,1 - 5,5), más joven (18 a 49 años) (OR = 18,9 - 23,2) y el tener una calificación más alta en el temperamento ansioso (OR = 1,2; IC = 1,1 - 1,3). El tener cualquier trastorno afectivo se relacionó con ser soltero (OR = 3,1; IC = 1,4 - 6,9), más joven (< 65 años) (OR = 7,6 - 16,7) y

**Tabla 2.** Correlaciones de trastornos del DSM-IV en 12 meses, OR (IC del 95%)

|                                    | Cualquier trastorno | Cualquier estado de ánimo | Cualquier ansiedad |
|------------------------------------|---------------------|---------------------------|--------------------|
| <i>Género sexual</i>               |                     |                           |                    |
| Femenino                           | 2,1 (0,9-5,2)       | 1,0 (0,5-2,2)             | 3,4 (1,5-7,4)      |
| Masculino                          | 1,0                 | 1,0                       | 1,0                |
|                                    | $\chi^2 = 2,7$      | $\chi^2 = 0,0$            | $\chi^2 = 9,1^*$   |
| <i>Edad (años)</i>                 |                     |                           |                    |
| 18-34                              | 23,2 (1,7-317,8)    | 7,6 (1,3-44,7)            | 4,1 (0,7-22,4)     |
| 35-49                              | 18,9 (1,5-239,7)    | 20,8 (3,6-120,6)          | 3,2 (0,4-26,2)     |
| 50-64                              | 6,3 (0,9-42,3)      | 16,7 (2,5-112,6)          | 1,8 (0,4-8,2)      |
| ≥ 65                               | 1,0                 | 1,0                       | 1,0                |
|                                    | $\chi^2 = 6,1$      | $\chi^2 = 15,3^*$         | $\chi^2 = 3,6$     |
| <i>Estado conyugal</i>             |                     |                           |                    |
| Nunca casado                       | 2,4 (1,1-5,5)       | 3,1 (1,4-6,9)             | 1,4 (0,4-4,7)      |
| Casado/cohabita                    | 1,0                 | 1,0                       | 1,0                |
|                                    | $\chi^2 = 4,5^*$    | $\chi^2 = 8,3^*$          | $\chi^2 = 0,3$     |
| <i>Educación</i>                   |                     |                           |                    |
| Primaria, ninguna educación        | 2,9 (0,4-23,1)      | 1,4 (0,3-5,9)             | 0,5 (0,1-2,5)      |
| Complementaria, secundaria parcial | 1,5 (0,5-4,9)       | 1,9 (0,6-5,5)             | 1,2 (0,3-4,4)      |
| Secundaria o universidad parcial   | 2,0 (0,6-6,5)       | 1,8 (0,7-4,6)             | 2,3 (0,6-8,3)      |
| Grado universitario                | 1,0                 | 1,0                       | 1,0                |
|                                    | $\chi^2 = 2,2$      | $\chi^2 = 1,8$            | $\chi^2 = 8,1^*$   |
| <i>Temperamento</i>                |                     |                           |                    |
| Depresivo                          | 1,0 (0,9-1,2)       | 1,1 (0,9-1,2)             | 1,1 (0,9-1,2)      |
| Ciclotímico                        | 0,9 (0,8-1,1)       | 1,0 (0,9-1,1)             | 0,9 (0,8-1,1)      |
| Hipértimico                        | 0,9 (0,8-1,0)       | 0,8 (0,8-0,9)             | 0,9 (0,8-0,9)      |
| Irritable                          | 1,1 (1,0-1,2)       | 1,2 (1,1-1,3)             | 1,1 (0,9-1,2)      |
| Ansioso                            | 1,2 (1,1-1,3)       | 1,2 (1,1-1,2)             | 1,1 (1,0-1,2)      |

Las correlaciones del trastorno afectivo se estimaron en la muestra de la parte 1 ( $n = 1.320$ ), las de ansiedad y de cualesquiera trastornos en la muestra de la parte 2 ( $n = 547$ ). Cualquier trastorno incluyó trastornos afectivos, por ansiedad, de control de los impulsos y por toxicomanías. Cada temperamento se ingresó como una variable continua.

\*Significativo un nivel de 0,05, prueba bilateral.



**Figura 2.** Árbol óptimo de clasificación y regresión para tener cualquier trastorno psiquiátrico.

el tener calificaciones más altas en las subescalas de temperamento irritable (OR = 1,2; IC = 1,1 - 1,3) y ansioso (OR = 1,2; IC = 1,1 - 1,2), pero menos calificación en el temperamento hipertímico (OR = 0,1; IC = 0,8 - 0,9). Cualquier trastorno por ansiedad tuvo más posibilidades de detectarse en personas del género femenino (OR = 3,4; IC = 1,5 - 7,4), y relacionarse con calificaciones más altas en el temperamento ansioso (OR = 1,1; IC = 1,0 - 1,2), pero calificaciones más bajas en el temperamento hipertímico (OR = 0,9; IC = 0,8 - 0,9) (tabla 2).

Se utilizó CART para evaluar los umbrales a los cuales temperamentos específicos aumentan la probabilidad de tener un trastorno psiquiátrico, ajustándose con respecto a las variables sociodemográficas (edad, género sexual, estado conyugal y educación). Se alcanzaron modelos óptimos para cualquier trastorno psiquiátrico, para cualquier estado de ánimo y para cualquier trastorno por ansiedad.

Un umbral de 14,5 (+ 1,5 DE de la media de la población) en la subescala de temperamento ansioso fue el principal nodo que dividió en dos grupos el riesgo de tener algún trastorno psiquiátrico en el curso de 12 meses. Los individuos con una calificación de temperamento ansioso de <14,5 tuvieron un riesgo del 11% de presentar un trastorno psiquiátrico por contraposición a un 47,5% en aquellos con una calificación de temperamento ansioso de ≥ 14,5. Los que además de las mayores calificaciones en el temperamento ansioso (≥ 14,5), tuvieron calificaciones hipertímicas inferiores a 14,5 (+ 0,4 DE de la media de población) tuvieron un incremento del riesgo de hasta 58,2%, pero si su calificación hipertímica fue superior o igual 14,5, su riesgo de presentar algún trastorno psiquiátrico se redujo a un 30,2% (fig. 2).

Para el diagnóstico de cualquier trastorno afectivo en el curso de 12 meses, un umbral de 14,5 (+ 1,5 DE de la media de población) en la subescala de temperamento ansioso fue el principal nodo que dividió el riesgo de tener cualquier trastorno afectivo en dos grupos. Los individuos con una calificación en la subescala de temperamento ansioso de < 14,5, sólo tuvieron un riesgo del 3,8% de presentar un trastorno afectivo frente a un 28,7% para aquellos que tuvieron una calificación en la subescala de temperamento ansioso de ≥ 14,5. Sin embargo, si los últimos te-

nían, además, una calificación hipertímica de < 6,5 (< 1,3 DE de la media de población), el riesgo aumentaba hasta un 66,7%, en tanto que si su calificación hipertímica era ≥ 6,5, el riesgo era de 23,4%. Para quienes habían tenido una calificación hipertímica de ≥ 6,5, la probabilidad se incremento hasta un 64,3% si habían tenido una educación superior y una calificación de temperamento irritable de ≥ 8,08 (+ 1,7 DE de la media de población), pero disminuía a un 18,8% si tenían una calificación de temperamento irritable de < 8,08 (fig. 3). El temperamento ansioso se mantuvo como un factor pronóstico principal de un trastorno afectivo aún después del ajuste con respecto a tener un trastorno por ansiedad concomitante (no se muestran los datos).

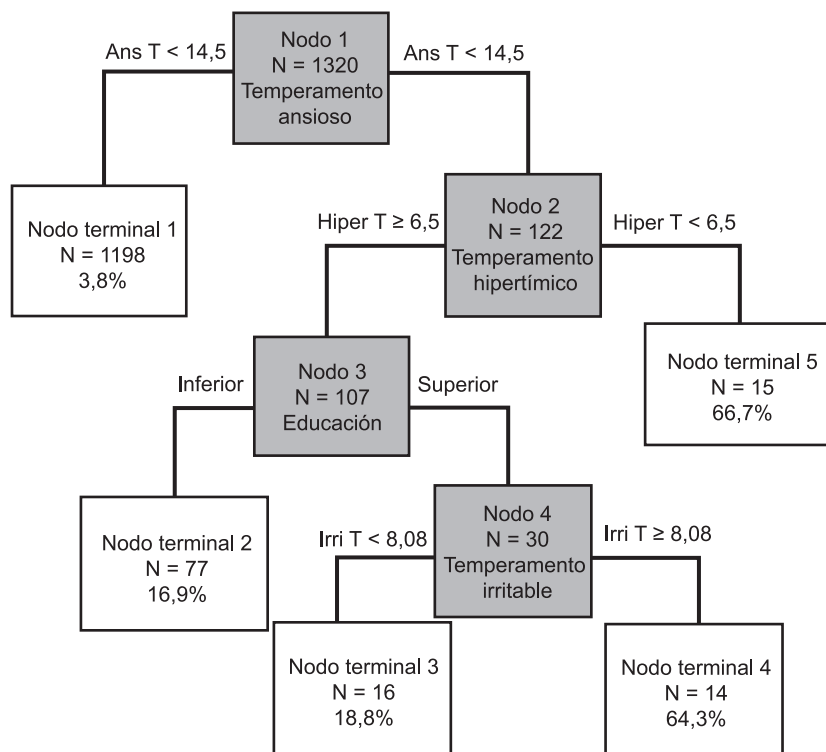
El modelo óptimo para cualquier trastorno por ansiedad en 12 meses demostró que un umbral de 14,5 en la subescala de temperamento ansioso dividía a los individuos en un grupo de menos riesgo (7,5%) y un grupo de más riesgo (32,8%) de tener algún trastorno por ansiedad. Sin embargo, si los últimos tenían una calificación hipertímica de ≥ 14,5, el riesgo llegaba a un 18,6%, en tanto que aumentaba al 40,5% si la calificación hipertímica era < 14,5. Para quienes tuvieron una calificación hipertímica baja (< 14,5), el riesgo era de un 30,3% si tenían 18 a 34 años o más de 65. Sin embargo, si tenían entre 35 y 64 años, el riesgo estaba determinado una calificación en la subescala hipertímica de < 11,5 (58,0%) o ≥ 11,5 (36,4%) (fig. 4).

Los análisis CART para cualesquiera trastornos afectivos o por ansiedad se repetían con los factores y el factor 1 (ansioso-depresivo) resultó ser el principal nodo que definía el riesgo de tener trastornos en el curso de 12 meses, en tanto que el factor 2 (hipertímico) tuvo un papel protector. Así mismo, se repitieron los análisis en CART para cada género por separado y produjeron los mismos resultados con respecto al temperamento ansioso y a los trastornos afectivos (datos disponibles a quienes los solicite).

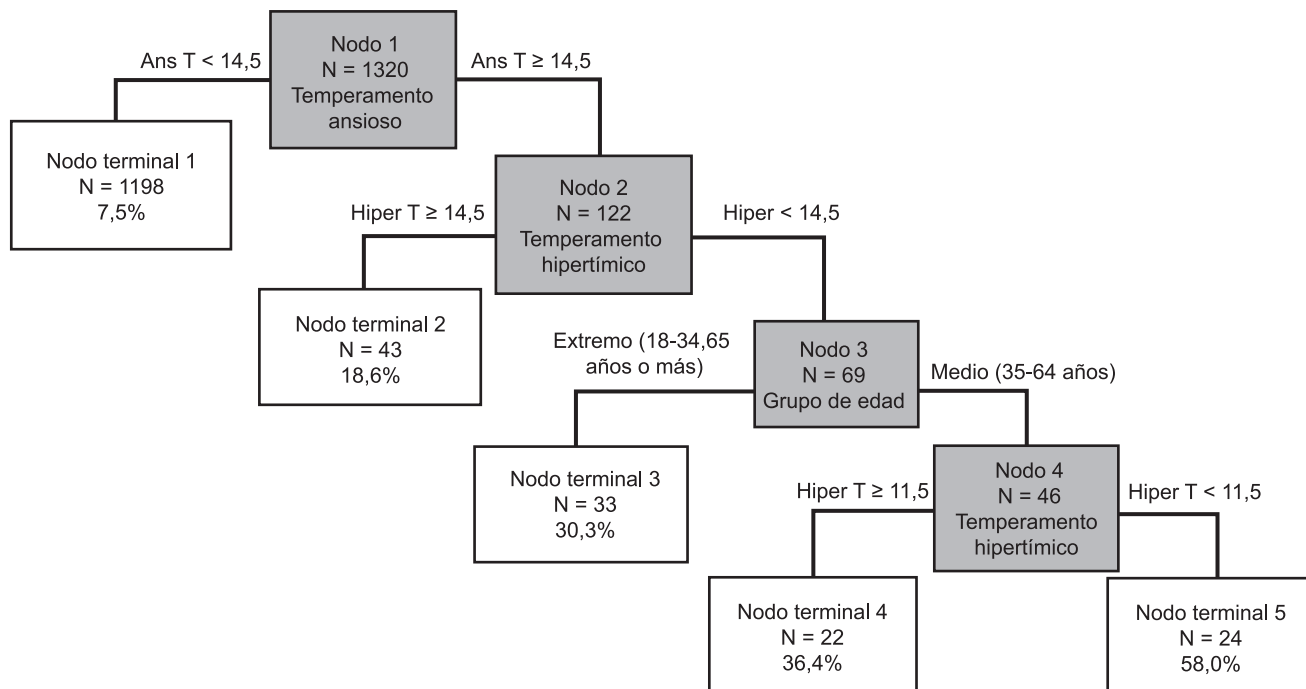
## DISCUSIÓN

Nuestros hallazgos de una muestra no clínica nacionalmente representativa indican que, a un nivel bifactorial, los temperamentos afectivos según se definen por la TEMPS-A (o los factores de esta última) se relacionan con una prevalencia en 12





**Figura 3.** El árbol óptimo de clasificación y regresión para tener cualquier trastorno afectivo



**Figura 4.** Árbol óptimo de clasificación y regresión para tener cualquier trastorno por ansiedad

meses de varios trastornos mentales definidos según los criterios del DSM-IV y según se diagnostican por la CIDI 3.0. Esta relación es significativamente positiva para los temperamentos ciclotímico, depresivo, ansioso e irritable, que han demostrado tener una correlación (16) y negativa para el temperamento hipertímico, excepto para los trastornos del control de los impulsos, los trastornos por abuso de sustancias y la ansiedad por separación del adulto, en tanto que las cifras pequeñas evitaban conclusiones contundentes a ese momento. Abordamos parcialmente las desventajas de las pequeñas cifras evaluando la prevalencia en el curso de la vida y observamos que el temperamento hipertímico no tenía ningún efecto protector contra los trastornos bipolares, el trastorno de ansiedad de separación y los trastornos del control de los impulsos. Además, el número de trastornos psiquiátricos disminuyó notablemente en los sujetos con calificaciones más altas en la escala hipertímica y se incrementó con las calificaciones más altas en los otros temperamentos.

Podría aducirse que las personas que tienen una calificación más alta en el temperamento hipertímico estaban motivadas por la conveniencia social de los rasgos correspondientes a esta agrupación y por ende negaban tener alguno de los trastornos. A esta posibilidad se contraponen la falta de «protección» del temperamento hipertímico en los trastornos por toxicomanía y por control de los impulsos, que no son las características más convenientes de admitir tener en un estudio de campo o ante un entrevistador lego. Otro razonamiento importante sería que las respuestas en la TEMPS-A simplemente reflejan respuestas a los trastornos psiquiátricos y por tanto miden las mismas variables. Se contraponen a esto nuestro hallazgo (4) de que la gran mayoría de los encuestados declararon que las respuestas a la TEMPS-A reflejaban correctamente cómo se sentían desde que tenían 18 años de edad, lo que indica que sus respuestas estaban más relacionadas con rasgos que con estados. No obstante, puesto que la mayor parte de los trastornos psiquiátricos son recidivantes y en algunos casos crónicos, sólo un estudio prospectivo de los temperamentos podría resolver con exactitud este problema.

Hemos mostrado en publicaciones previas que la prevalencia de los trastornos psiquiátricos en 12 meses en el estudio LEBANON (17) está relacionada con diversas variables sociodemográficas (género, edad y estado conyugal). Al efectuar el ajuste con respecto a estas variables y añadir el temperamento como una correlación de los trastornos psiquiátricos, los resultados demuestran que a un nivel multifactorial, y además de otras variables sociodemográficas, el trastorno afectivo, por ansiedad o cualquier otro se relacionaron con calificaciones más altas en la subescala del temperamento ansioso y calificaciones más bajas en la escala del temperamento hipertímico.

Avanzamos un paso más y tratamos de determinar los umbrales en los cuales los temperamentos pronosticaban trastornos psiquiátricos utilizando los análisis de CART. Los resultados de estos análisis exploradores confirmaron los resultados de las regresiones logísticas, donde la interacción entre las calificaciones más altas en la escala del temperamento ansioso y calificaciones hipertímicas más bajas incrementaban la probabilidad de tener algún trastorno afectivo o por ansiedad. Un umbral de 14,5 (+ 1,5 DE de la media de población) en el temperamento ansioso fue un factor determinante para incrementar el riesgo de tener un trastorno afectivo o por ansiedad. El temperamento hipertímico tuvo de nuevo un efecto protector a un umbral de 14,5 (+ 0,4 DE de la media de la población) contra cualquier

trastorno por ansiedad y un umbral más bajo de 6,5 (- 1,3 DE de la media de la población) para los trastornos afectivos. Este umbral más bajo para los trastornos afectivos indica que un pequeño grado de temperamento hipertímico desempeña un papel importante en la reducción del riesgo de depresión y distimia (pero no para los trastornos bipolares, como para nuestros análisis en el curso de la vida). Si bien se vería tentado a pensar que el papel del temperamento ansioso en los trastornos afectivos podría deberse a la comorbilidad bien conocida de los trastornos afectivos y por ansiedad, repetimos los análisis CART, para los trastornos afectivos excluyendo cualquier caso que tuviese comorbilidad con trastornos por ansiedad. De nuevo, el temperamento ansioso fue el principal factor de riesgo para los trastornos afectivos en el mismo umbral o cuando se incluyó la comorbilidad.

Nuestros datos respaldan que lo que se ha observado en otros estudios que analizaron la relación entre las variables del temperamento como la «extroversión» (hipertímico) y la «neurosis» (ansioso) para pronosticar los trastornos afectivos y por ansiedad (23,24), sobre todo en vista de los informes recientes que claramente vinculan el temperamento hipertímico definido en TEMPS-A a la extraversión y los otros a la neurosis (21). Dado que varias de estas medidas del temperamento tienen factores genéticos determinantes importantes (5,6), nuestro estudio favorece el punto de vista de que tales determinantes genéticos interactúan con algunos factores ambientales y demográficos a favor del origen de los trastornos psiquiátricos (25). La guerra puede ser uno de estos factores (18).

Otros factores pertinentes en nuestro estudio apuntan a la interacción entre los factores demográficos y temperamentales, como la probable interacción entre la educación y el temperamento irritable: calificaciones más altas en la subescala del temperamento irritable, pero sólo entre los individuos muy educados, incrementaba el riesgo de los trastornos afectivos. Por último, observamos que el temperamento supera el género en los trastornos afectivos, lo cual coincide con los señalamientos previos por Perugi et al., (26) en un contexto clínico.

Los resultados del estudio debieran interpretarse tomando en cuenta varias limitaciones. En primer lugar, aunque en Líbano se validó una versión previa de la CIDI (1,1), todavía no ocurrió así con la CIDI 3.0. En segundo lugar, el 43,1% de los encuestados no pudieron llenar por sí mismos el cuestionario de la TEMPS-A debido a analfabetismo, edad avanzada o posiblemente fatiga, ya que la TEMPS-A se administró después de la CIDI 3.0. No obstante, con respecto a este último punto, hemos demostrado con anterioridad que no hubo ninguna diferencia entre los dos modos de administración (autollenado frente a entrevistado) (4). En tercer lugar, la tasa total de respuesta del 70%, aunque muy aceptable en extensos estudios epidemiológicos puede haber introducido una subrepresentación sistemática de las enfermedades psiquiátricas. En cuarto lugar, se recabaron los datos en forma retrospectiva para el temperamento y los trastornos psiquiátricos. Por último, muchos libaneses han presenciado episodios de contiendas militares y estos hallazgos podrían no ser aplicables a otros contextos en que no se han presenciado tales agitaciones.

Aunque es difícil evaluar cuánto de las recidivas de episodios de enfermedades psiquiátricas se debe al estrés por la guerra, nuestros estudios previos indicaron que la exposición a tal estrés se relacionó con la instauración inicial de los trastornos afectivos, por ansiedad y de control de los impulsos, con riesgos más elevados de trastornos por ansiedad y del control

de los impulsos (18). Los temperamentos afectivos al parecer son posibles factores mediadores. Dada la sustentación genética del temperamento ansioso en relación con el polimorfismo «s» de transportador de serotonina, se necesitan más estudios para investigar de qué manera estos factores genéticos están relacionados con el temperamento y los trastornos en conjunto, así como el papel que desempeña el temperamento en las interacciones de los genes y el ambiente.

Los temperamentos probablemente son determinantes importantes de los trastornos psiquiátricos y tienen relaciones intrincadas con otras variables demográficas como la edad y la educación y, en menor grado, con el género sexual. En Líbano el temperamento ansioso a un umbral de  $\pm 1,5$  DE de la media de la población parece ser un factor pronóstico sólido de los trastornos psiquiátricos en 12 meses. El temperamento hiper-tímico al parecer tiene un efecto singularmente protector en casi todos los trastornos psiquiátricos, pero no en los trastornos bipolares, por ansiedad de separación y de control de los impulsos. Se necesitan estudios similares en diferentes contextos para evaluar la contribución de los diversos temperamentos en su interacción con los entornos específicos.

Aunque la TEMPS-A y diversos conceptos relativos a sus escalas se han utilizado para pronosticar el rol de subtipos bipolares (15) y las variaciones del trastorno unipolar al bipolar II (27), serían convenientes otros estudios prospectivos con este instrumento para confirmar el papel de los temperamentos afectivos en el pronóstico de la presentación de los trastornos psiquiátricos más frecuentes que aquí se presentan. Tales estudios plantearían dificultades metodológicas complejas, dada la edad de instauración temprana de muchos de estos trastornos (28), pero no obstante tendría gran importancia heurística, clínica y para la salud pública en dominios tales como los trastornos afectivos (14), suicidio (29) y abuso de sustancias (30), así como las complejidades de la comorbilidad (31).

## Agradecimientos

La encuesta LEBANON fue respaldada parcialmente por donaciones privadas anónimas, el Ministerio de Salud Pública de Líbano, la OMS Líbano, la National Arab American Medical Association y donaciones irrestrictas de Janssen Cilag, Eli Lilly and Company, GlaxoSmithKline y Novartis, todas otorgadas a IDRAAC Líbano.

Quisiéramos agradecer a Michela Bou Ghosn, por su participación en nuestras reflexiones sobre el estudio del temperamento en Líbano, a la Sra. Carolina C Tabet, la señorita Libian Ghandour y la señorita Yasmine Chatila por su ayuda en la planificación del estudio LEBANON.

## Bibliografía

1. Eysenck HJ. The definition of personality disorders and the criteria appropriate for their description. *J Person Disord* 1987;1:211-9.
2. Akiskal HS. Dysthymia and cyclothymia in psychiatric practice a century after Kraepelin. *J Affect Disord* 2001;62:17-31.
3. Cloninger CF, Svrakic DM, Przybeck TR. Can personality assessment predict future depression? A twelve-month follow-up of 631 subjects. *J Affect Disord* 2006;92:35-44.
4. Karam EG, Mneimneh Z, Salamoun MM et al. Suitability of the TEMPS-A for population-based studies: ease of administration and stability of affective temperaments in its Lebanese version. *J Affect Disord* 2007;98:45-53.
5. Evans LM, Akiskal HS, Greenwood TA et al. Suggestive linkage of a chromosomal locus to cyclothymic temperament in bipolar disorder families. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet* 2008;147:326-32.
6. Gonda X, Fountoulakis KN, Rihmer Z et al. Towards a genetically validated new affective temperament scale; a delineation of the temperament 'phenotype' of 5-HTTLPR using the TEMPS-A. *J Affect Disord* 2009;112:19-29.
7. Eysenck HJ. The biological basis of personality. Springfield: Thomas, 1967.
8. Clayton PJ, Ernst C, Angst J. Premorbid personality traits of men who develop unipolar or bipolar disorders. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1994;243:340-6.
9. Merikangas KR, Swendsen JD, Preisig MA et al. Psychopathology and temperament in parents and offspring: results of a family study. *J Affect Disord* 1998;51:63-74.
10. Gonda X, Rihmer Z, Zsombok T et al. The 5HTTLPR polymorphism of the serotonin transporter gene is associated with affective temperaments as measured by TEMPS-A. *J Affect Disord* 2006;91:125-31.
11. Benazzi F. Does temperamental instability support a continuity between bipolar II disorder and major depressive disorder? *Eur Psychiatry* 2006;21:274-9.
12. Akiskal HS, Akiskal KK, Haykal RF et al. TEMPS-A: progress towards validation of a self-rated clinical version of the Temperament Evaluation of the Memphis, Pisa, Paris, and San Diego Autoquestionnaire. *J Affect Disord* 2005;85:3-16.
13. Akiskal HS, Akiskal K. Cyclothymic, hyperthymic and depressive temperaments as subaffective variants of mood disorders. In: Tasman A, Riba MB (eds). *Annual review of psychiatry*, Vol. 11. Washington: American Psychiatric Press, 1992:43-62.
14. Akiskal HS, Akiskal KK (eds). TEMPS: Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego. *J Affect Disord* 2005;85:1-242.
15. Depue RA, Slater JF, Wolfstetter-Kausch H et al. A behavioral paradigm for identifying persons at risk for bipolar depressive disorder: a conceptual framework and five validation studies. *J Abnorm Psychol* 1981;90:381-437.
16. Karam EG, Mneimneh Z, Salamoun M et al. Psychometric properties of the Lebanese-Arabic TEMPS-A: a national epidemiologic study. *J Affect Disord* 2005;87:169-83.
17. Karam EG, Mneimneh ZN, Karam AN et al. Prevalence and treatment of mental disorders in Lebanon: a national epidemiological survey. *Lancet* 2006;367:1000-6.
18. Karam EG, Mneimneh ZN, Dimassi H et al. Lifetime prevalence of mental disorders in Lebanon: first onset, treatment and exposure to war. *PLoS Med* 2008;5:e61.
19. Pompili M, Girardi P, Tatarelli R et al. TEMPS-A (Rome): psychometric validation of affective temperaments in clinically well subjects in mid- and south Italy. *J Affect Disord* 2008;107:63-75.
20. Vázquez GH, Nasetta S, Mercado B et al. Validation of the TEMPS-A Buenos Aires: Spanish psychometric validation of affective temperaments in a population study of Argentina. *J Affect Disord* 2007;100:23-9.
21. Rózsa S, Rihmer Z, Gonda X et al. A study of affective temperaments in Hungary: internal consistency and concurrent validity of the TEMPS-A against the TCI and NEO-PI-R. *J Affect Disord* 2008;106:45-53.
22. Kessler RC, Üstün TB. The World Mental Health (WMH) Survey Initiative Version of the World Health Organization (WHO)

- Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *Int J Methods Psychiatr Res* 2004;13:93-121.
23. Gershuny BS, Sher KJ. The relation between personality and anxiety: findings from a 3-year prospective study. *J Abnorm Psychol* 1998;107:252-62.
  24. Hyde JS, Mezulis AH, Abramson LY. The ABCs of depression: integrating affective, biological, and cognitive models to explain the emergence of the gender difference in depression. *Psychol Rev* 2008;115:291-313.
  25. Caspi A, Sugden K, Moffitt TE et al. Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science* 2003;301:386-9.
  26. Perugi G, Masetti L, Simonini E et al. Gender mediated clinical features of depressive illness: the importance of temperamental differences. *Br J Psychiatry* 1990;157:835-41.
  27. Akiskal HS, Maser JD, Zeller P et al. Switching from "unipolar" to bipolar II: an 11-year prospective study of clinical and temperamental predictors in 559 patients. *Arch Gen Psychiatry* 1995;52:114-23.
  28. Kessler RC, Berglund P, Demler O et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:593-602.
  29. Rihmer A, Rozsa S, Rihmer Z et al. Affective temperaments, as measured by TEMPS-A, among nonviolent suicide attempters. *J Affect Disord* 2009;116:18-22.
  30. Maremmani I, Pacini M, Perugi G et al. Cocaine abuse and the bipolar spectrum in 1090 heroin addicts: clinical observations and a proposed pathophysiologic model. *J Affect Disord* 2008;106:55-61.
  31. Battaglia M, Przybeck TR, Bellodi L et al. Temperament dimensions explain the comorbidity of psychiatric disorders. *Compr Psychiatry* 1996;37:292-8.



# La eficacia de los tratamientos psiquiátricos de los niños y los adolescentes en el contexto ambulatorio habitual

MAREILE BACHMANN<sup>1</sup>, CHRISTIAN J BACHMANN<sup>1,2</sup>, KATJA JOHN<sup>1</sup>, MONIKA HEINZEL-GUTENBRUNNER<sup>1</sup>, HELMUT REMSCHMIDT<sup>1</sup>, FRITZ MATTEJAT<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Department of Child and Adolescent Psychiatry, University Hospital Gießen and Marburg, Campus Margburg Hans-Sachs-Strasse 4-6, 35039 Marburg, Alemania

<sup>2</sup>Department of Child and Adolescent Psychiatry, Charité Universitätsmedizin Berlin, Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin, Alemania

*Son escasos los datos disponibles en torno a la eficacia de los tratamientos naturalistas (tratamiento habitual) en los servicios de psiquiatría infantil y de la adolescencia (SPIA). El propósito de este estudio de observación prospectiva fue evaluar la eficacia de los tratamientos en los SPIA en un contexto ambulatorio habitual. Se evaluaron 306 pacientes (trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH, n = 94; trastorno de la conducta, TC, n = 57; trastorno por ansiedad, TA, n = 53; trastorno depresivo, TD, n = 38; otras categorías diagnósticas, n = 64) de nueve consultorios de psiquiatría de la infancia y la adolescencia en Alemania. Se compararon los efectos del tratamiento entre los pacientes que recibieron tratamiento frecuente y los que sólo participaron en el diagnóstico y en intervenciones breves. No fue factible la aleatorización por lo que se utilizaron métodos de análisis de calificación de la propensión. Con respecto a la muestra total, no se observaron efectos importantes del tratamiento. Sin embargo, un análisis de subgrupo de los cuatro trastornos más frecuentes (TDAH, TC, TA, TD) mostró efectos del tratamiento leves a moderados en los pacientes con TDAH y TA. En los subgrupos con TC o TD, no se observaron efectos importantes del tratamiento. El tratamiento ambulatorio en los SPIA en la vida real «al parecer produce efectos notables en el TDAH y en el TA pero no en el TC ni en el TD. En comparación con los estudios de eficacia, nuestros resultados muestran que el tratamiento habitual podría ser mejor que lo esperado.*

**Palabras clave:** Adolescentes, niños, tratamiento, eficacia, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, trastorno por ansiedad, trastorno depresivo, trastorno de la conducta.

(*World Psychiatry* 2010;9:111-117)

Hay cuatro trastornos psiquiátricos que son muy frecuentes en los niños y los adolescentes (1,2); a saber: trastorno depresivo (TD) y trastorno por ansiedad (TA) como trastornos interiorizantes, y trastornos por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) y trastorno de la conducta (TC) como trastornos exteriorizantes (3-6). Los estudios de eficacia demuestran que es más factible obtener una respuesta favorable al tratamiento en los niños y los adolescentes en un contexto ambulatorio en quienes son tratados por TDAH y TA que en los que se tratan por TD y TC en el mismo contexto (5-8).

En metanálisis y análisis sistemáticos, que básicamente se concentran en estudios de eficacia, la magnitud media del efecto de las estimaciones para el tratamiento de los trastornos psiquiátricos en los niños y los adolescentes fluctúa de 0,7 a 0,8 (9-3). En cambio, los pocos análisis disponibles sobre los estudios de «tratamiento habitual» informan magnitudes de efecto medias de 0,0 (14-17). En un metanálisis de comparaciones directas, Weisz et al., (18) demostraron que los tratamientos de los jóvenes basados en datos científicos producían desenlaces significativamente mejores que las intervenciones habituales utilizadas en la atención clínica.

Sólo se dispone de un pequeño número de estudios de eficacia en niños y adolescentes. Esto se podría explicar por el hecho de que los estudios comparativos son difíciles de llevar a cabo en contextos naturalistas. Por tanto, en los estudios de evaluación del tratamiento, a menudo se utilizan los diseños de estudio de observación, que exigen cálculos estadísticos complejos para poder analizar los efectos causales. Son infrecuentes los estudios en los que se evalúa la relación dosis-efecto en la asistencia psiquiátrica de los jóvenes (p. ej., 22-24). Debido al hecho de que la definición de «dosis» y «respuesta» y que

los métodos aplicados difieren de un estudio a otro, es difícil comparar estos estudios (25,26). Sin embargo, los resultados disponibles para niños y adolescentes muestran una tendencia similar a los hallazgos en los adultos (7). Hay pruebas de que se necesita un mínimo de ocho sesiones de tratamiento para obtener efectos terapéuticos (y los efectos logrados luego de 20 sesiones no parecen incrementarse notablemente durante el tratamiento prolongado (28).

Con los antecedentes contextuales antes mencionados, este estudio tuvo como propósito dar respuesta a las siguientes interrogantes: a) ¿cuán satisfactorio es el tratamiento en los consultorios de los servicios de psiquiatría infantil y del adolescente (SPIA), por ejemplo, en qué grado se logran los efectos, según se describen en otros estudios de eficacia? b) ¿Se benefician del tratamiento en los SPIA en el mismo grado los niños y los adolescentes con diferentes trastornos o hay diferencias importantes?

## MÉTODOS

### Diseño del estudio

La investigación se realizó entre mayo de 2004 y julio de 2006 en nueve consultorios de los SPIA en Alemania. Se concibió como un estudio de observación de los tratamientos naturalistas (habituales): una muestra de pacientes consecutivos no seleccionados (todas las nuevas consultas en los consultorios de los SPIA participantes) fue objeto de seguimiento durante un periodo de un año. En todos los casos se llevó a cabo una evaluación de los datos, lo que comprende una entrevista telefónica estandarizada con el mismo cuidador y cuestionarios llenados por los progenitores, los pacientes (si tenían más de

12 años de edad) y los psicoterapeutas. La evaluación de los datos se llevó a cabo en tres puntos de medición: en el momento de la remisión (T1: en un lapso no mayor de una semana después de la primera sesión diagnóstica en el consultorio), tres meses después (T2) y un año más tarde (T3).

El estudio fue aprobado por la junta de evaluación institucional. Los participantes y sus progenitores proporcionaron consentimiento informado por escrito.

## Muestra

Un total de 1.182 pacientes remitidos fueron incorporados en el estudio. En T1, 1.029 cuidadores (87% de todos los pacientes remitidos) se pudieron localizar por teléfono. Sólo dos casos permanecieron en el estudio. En T2, llevamos a cabo 927 entrevistas (un 90% de los casos) y en T3 fue posible llevar a cabo 800 entrevistas telefónicas (86% de los casos). La tasa de deserción en T1 a T3 fue de un 22%.

Los datos completos documentados (diagnósticos, variables de tratamiento) del psiquiatra pediátrico responsable estuvieron disponibles en 727 de 800 casos en T3. Para el análisis de los datos de la Lista de Cotejo del Comportamiento del Niño (CBCL), extrajimos de esta muestra todos los casos en los cuales los progenitores habían llenado la CBCL (29-31) tanto en T1 como en T3 ( $n = 306$ ; «muestra de CBCL»).

De los 306 pacientes en la muestra de CBCL, 186 eran varones (59,8%). La media de edad era  $8,8 \pm 3,3$  años, intervalo de 1-21. La muestra para la CBCL abarcó los siguientes cuatro subgrupos: TDAH (F90.0, F90.8, F90.9 según la ICD-10; 314.01, 314.00 según el DSM-IV-TR),  $n = 94$ ; TC (F91.0, F91.1, F91.2, F91.3, F91.8, F91.9, F43.24, F43.25, F90.10, F90.11, F92.0, F92.8, F92.9, F93.30, F94.2 según la ICD-10; 312.8, 312.9, 313.81, 309.3, 309.4, 313.89 según el DSM-IV-TR),  $n = 57$ ; TD (F32.0, F32.1, F32.2, F32.9, F33.1, F43.20, F43.21, F41.20, F43.22, F43.23 según la ICD-10; 296.21, 296.22, 296.23, 309.0, 296.32, 311, 309.28 según el DSM-IV-TR),  $n = 38$ ; TA (F40.1, F40.2, F41.0, F41.3, F41.9, F93.0, F93.1, F93.2, F93.8 según la ICD-10; 300.23, 300.00, 300.29, 300.01, 309.21 según el DSM-IV-TR),  $n = 53$ ; otros diagnósticos ( $n = 54$ ), ningún diagnóstico ( $n = 10$ ).

## Tratamiento

Todos los consultorios que participaron en el estudio recurrieron a personal de diferentes profesiones (psiquiatras de niños y adolescentes, pediatras, psicoterapeutas de niños y adolescentes, etc.) a fin de ofrecer una amplia variedad de tratamientos (p. ej., diversas formas de psicoterapia, incluida la psicoterapia cognitiva-conductual, psicodinámica, psicoterapia sistémica y familiar; farmacoterapia, tratamiento de la dislexia, etc.). Debido a esta orientación interdisciplinaria, fue posible ofrecer una modalidad de tratamiento ajustada individualmente a cada paciente.

Los planes de tratamiento se basaron en las directrices para el ejercicio clínico de la Asociación Alemana de Psiquiatría y Psicoterapia de Niños y Adolescentes (33). En un 58% de los casos, sólo se llevaron a cabo algunas sesiones diagnósticas o de consulta, en tanto que un 42% recibió tratamiento más frecuente ( $> 8$  sesiones). Veintiséis por ciento de todos los pacientes recibieron psicofarmacoterapia. El número de sesiones diagnósticas y terapéuticas en los primeros 12 meses por niños varió de 0 a 50 (media  $7,65 \pm 7,00$ ) y el número por progenitor

varió de 0 a 40 (media de  $4,37 \pm 3,87$ ). En otra parte está disponible información amplia adicional con respecto a las características de la muestra y el tratamiento (34).

## Evaluación de los datos

Los datos presentados en este estudio están basados en la CBCL (puntuación total, normas alemanas) y en la información obtenida de las entrevistas telefónicas estandarizadas con el principal cuidador al momento de la remisión (T1) y un año después (T3). Los diagnósticos fueron establecidos por el psiquiatra o el psicoterapeuta que atendían al niño o al adolescente según el sistema multiaxial (MAS), que está basado en la ICD-10.

Los datos sociodemográficos, los diagnósticos y los datos de tratamiento fueron registrados por el psiquiatra que atendía al niño utilizando la «forma de documentación básica» (BADO) normalizada. La BADO fue publicada inicialmente en 1998 (35,36). La entrevista telefónica estandarizada utilizada para evaluar la información de los padres previamente ha demostrado una fiabilidad y una validez satisfactorias (37).

## Análisis estadístico

Debido a la falta de un grupo de control aleatorizado, subdividimos la muestra de la CBCL en dos grupos (grupo de tratamiento con dosis altas y con dosis bajas), según el número total de sesiones diagnósticas y terapéuticas que se llevaron a cabo. Para este fin, efectuamos una división de la mediana (mediana = 8 sesiones; dosis alta  $\geq 9$  sesiones; dosis baja  $\leq 8$  sesiones). Se excluyeron del análisis siete casos debido a que faltaban datos. Este procedimiento se apegó a los hallazgos de Angold et al., (23) y de Howard et al., (27). La asignación al grupo de tratamiento (dosis alta frente a baja) se consideró como la variable independiente.

Como variable dependiente, utilizamos las calificaciones totales de la CBCL en T3 (posprueba). Para algunos análisis, dicotomizamos la puntuación total de CBCL según los síntomas clínicos («normales» frente a «con trastornos»). Para este fin, utilizamos calificaciones de umbral de 32/33 (que corresponden a una calificación de la T de 60 y 40, respectivamente).

Puesto que los pacientes no fueron aleatorizados a grupos de tratamiento con dosis bajas frente a altas, se utilizaron análisis de propensión para volver paralelos los dos grupos y de esta manera ajustar con respecto a las influencias sobre la variable dependiente. La puntuación de la propensión es por definición la probabilidad condicional de ser asignado a un grupo de tratamiento basándose en determinadas covariables (39,40). Las puntuaciones de propensión en este estudio se calcularon utilizando la función de regresión logística del programa SPSS 14.0 (41). En base a criterios de los expertos, pruebas empíricas y consideraciones teóricas, se consideraron las siguientes covariables como pertinentes para el análisis de la puntuación de la propensión: diagnósticos del MAS en los ejes I, III, IV, V y VI, género sexual de los niños, edad, condiciones de vivienda, escuela (grado, tipo) y condición social: CBCL total, calificación de interiorización y exteriorización en T1. Dada la falta de datos sociodemográficos, se tuvieron que excluir 30 casos del análisis de los datos de puntuación de la propensión, quedando una muestra de 269 pacientes. Al comparar los grupos de tratamiento con dosis bajas y dosis altas en relación con las covariables consideradas, observamos diferencias prin-

principalmente con respecto a edad, escuela (grado, tipo), género, puntuación total en la CBCL y diagnóstico del eje I en T1.

Para evaluar las diferencias en la CBCL entre T1 y T3 en los subgrupos diagnósticos sin tomar en cuenta el tratamiento, se utilizaron las pruebas de la T para muestras dependientes. En la comparación de las puntuaciones iniciales y la reducción de la puntuación en la CBCL entre los grupos diagnósticos, se utilizaron análisis de varianza con pruebas retrospectivas. En este caso, se escogió como una prueba a posteriori la prueba de la mínima diferencia significativa (LSD) —igual a la prueba de la t que compara dos medias—. Para calcular los efectos del tratamiento, se modelaron análisis de varianza con medición repetida. Las puntuaciones en la CBCL en T1 y T3 fueron variables dependientes, el grupo de tratamiento fue el factor de influencia interindividual y la interacción tiempo por grupo de tratamiento, que refleja diferencias en la puntuación en la CBCL entre los dos grupos, se consideró como el efecto del tratamiento. Se utilizó como covariable la puntuación de la propensión.

La magnitud del efecto (ES) se calculó utilizando Pre-Post-ES (corregida tomando en cuenta las pruebas pre):  $D_{corr} = d_{pos.test} - d_{pre.test}$ . Todos los análisis fueron realizados por medio del programa SPSS 14.0

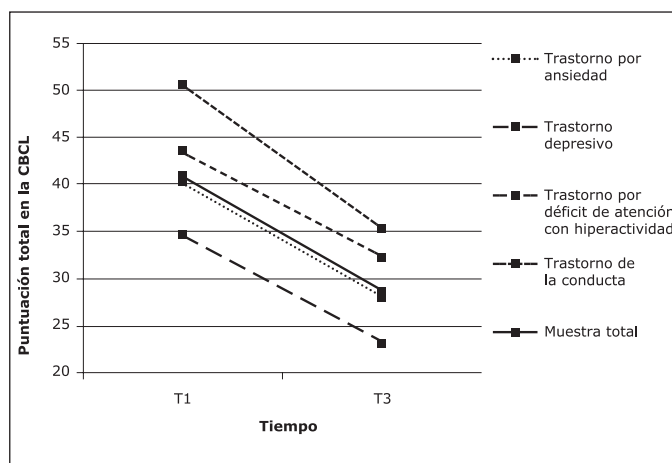
## RESULTADOS

### Diferencias de la calificación en la CBCL en T1 a T3

En la tabla 1 y en la figura 1 se presentan las puntuaciones en la CBCL para todo el grupo (muestra para la CBCL) y los cuatro subgrupos diagnósticos.

**Tabla 1.** Calificación total en la Lista de Cotejo de la Conducta del Niño (CBCL) (media  $\pm$  DE) para la muestra total y las submuestras en la fecha de remisión del paciente (T1) y en el seguimiento a un año (T3)

|                                                               | T1              | T3              | p       |
|---------------------------------------------------------------|-----------------|-----------------|---------|
| Muestra total (n = 306)                                       | 40,8 $\pm$ 22,7 | 28,8 $\pm$ 20,1 | <0,0005 |
| Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (n = 94) | 43,3 $\pm$ 21,7 | 32,4 $\pm$ 19,9 | <0,0005 |
| Trastorno de la conducta (n = 57)                             | 50,4 $\pm$ 20,8 | 35,4 $\pm$ 19,9 | <0,0005 |
| Trastorno depresivo (n = 38)                                  | 34,5 $\pm$ 19,4 | 23,4 $\pm$ 16,8 | <0,0005 |
| Trastorno por ansiedad (n = 53)                               | 40,1 $\pm$ 26,7 | 28,1 $\pm$ 21,0 | <0,0005 |



**Figura 1.** Cambios de la calificación total en la Lista de Cotejo de la Conducta del Niño (CBCL) en el curso del tratamiento para la muestra total y las submuestras.

Para el grupo total y los subgrupos, se puede observar una reducción significativa de las puntuaciones en la CBCL durante el curso del tratamiento ( $p \leq 0,0005$ ), un año después de la remisión, un 66% de los niños y los adolescentes ya no mostraban síntomas clínicamente importantes (calificación de la t  $\leq 60$ ). Al comparar los diferentes trastornos, observamos una concentración inicial peor para el TDAH y el TC que para el TA y el TD. Así mismo, hubo considerables mejoras de las puntuaciones en la CBCL desde T1 hasta T3: un 20% de los pacientes con TA y TDAH, un 25% de los pacientes con TD y un 30% de los pacientes con TC experimentaron modificaciones en sus síntomas clínicamente pertinentes y mostraron una conducta normal. Al calcular la magnitud del efecto pre-post  $d^*$  según Hesselblad y Hedges (42) para obtener un valor que es directamente equivalente a la magnitud del efecto d, obtuvimos los siguientes resultados:  $d^* = 1,19$  para la muestra total,  $d^* = 0,72$  para los pacientes con TDAH,  $d^* = 1,00$  para los pacientes en el subgrupo TD y  $d^* = 1,96$  para los pacientes con TA. Para el subgrupo con TC, la magnitud del efecto es  $d^* \approx 1,85$  (estimación aproximada, ya que una celda equivale a cero).

### Análisis de la varianza con medición repetida utilizando el cálculo de la puntuación de la propensión

En la tabla 2 se muestran los resultados del análisis de la varianza con medición repetida en el que la variable dependiente es la puntuación total en la CBCL, así como los factores «tiempo» (T1 frente a T3) y «grupo» (tratamiento con dosis baja frente a dosis alta), utilizando como covariable la puntuación de la propensión.

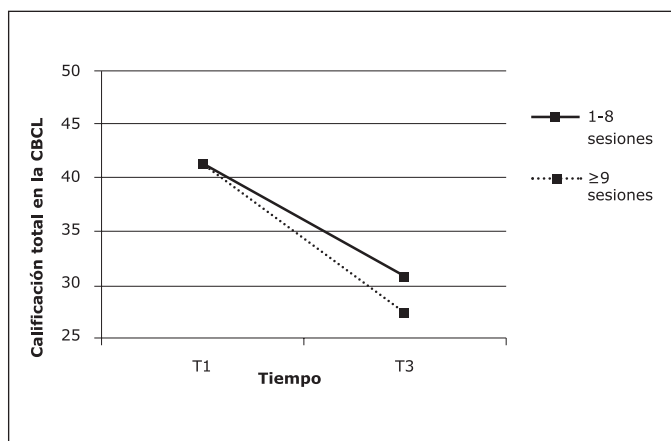
Se puede observar un efecto principal importante para el factor «tiempo» sólo en la muestra total y no para los cuatro subgrupos. Los principales efectos del factor «grupo» indicarían que las calificaciones en la CBCL difieren entre los grupos con tratamiento en dosis bajas y en dosis altas. Ningún efecto principal para el factor «grupo» se volvió significativo en el grupo total o en los cuatro subgrupos. Esto se debe a la aproximación de los dos grupos de tratamiento con respecto a los valores estimados iniciales de la CBCL en T1. Demuestra que la inclusión de la puntuación de la propensión «funciona» en el sentido del control de las variables de confusión y que vuelve a los dos grupos equivalentes. No se observaron efectos de interacción entre el momento en el tiempo y la dosis de tratamiento (que indica efecto del tratamiento) para el grupo total y los subgrupos con TC y TD, pero sí se observaron para los subgrupos con TDAH y TA.

Por lo que respecta a la covariable «puntuación de la propensión», se puede observar un efecto principal importante para la muestra total y los subgrupos con TD y TA. Este resultado resalta la necesidad del análisis de la puntuación de la propensión para estas muestras: hay diferencias de grupo evidentes entre los dos grupos de tratamiento (número de sesiones bajas frente a altas) con referencia a los niveles iniciales de T1 de diferentes cuestionarios, factores sociodemográficos y los ejes del MAS.

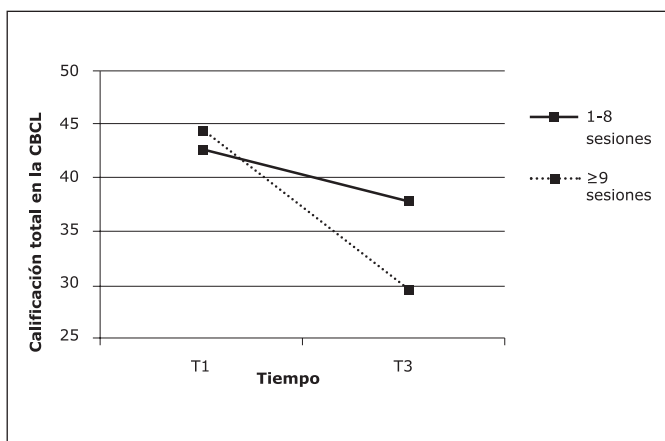
Las figuras 2 a 6 muestran los cambios de la puntuación en la CBCL durante el curso del tratamiento. Se ve en las figuras la magnitud de la reducción (tiempo de efecto principal), las diferencias entre los grupos de tratamiento (grupo de efecto principal) y los efectos de tratamiento (interacción tiempo por grupo). La dependencia de los resultados en el trastorno específico se vuelve evidente al comparar las figuras.

**Tabla 2.** Resultados de los análisis de la varianza utilizando el cálculo de la calificación de la propensión: calificación total en la Lista de Cotejo de la Conducta del Niño (CBCL) (media  $\pm$  DE) como variable dependiente y «tiempo» y «grupo» como factores independientes

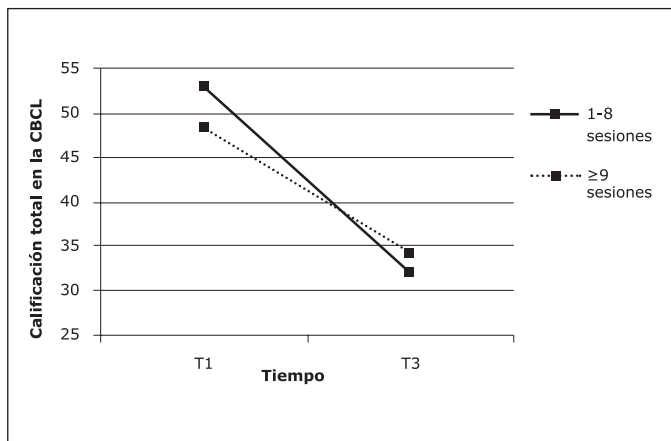
|                                                    | Muestra total<br>(n = 269)<br>hiperactividad |         | Trastorno por déficit<br>de atención con<br>(n = 88) |         | Trastorno de la<br>conducta (n = 50) |         | Trastorno depresivo<br>(n = 39) |         | Trastorno por ansiedad<br>(n = 45) |         |  |
|----------------------------------------------------|----------------------------------------------|---------|------------------------------------------------------|---------|--------------------------------------|---------|---------------------------------|---------|------------------------------------|---------|--|
| Tiempo, efecto principal                           |                                              |         |                                                      |         |                                      |         |                                 |         |                                    |         |  |
| T1                                                 | 41.2±21.6                                    | p=0.004 | 43.5±21.1                                            | p=0.967 | 50.7±26.1                            | p=0.533 | 33.2±22.6                       | p=0.072 | 41.5±26.6                          | p=0.145 |  |
| T3                                                 | 29.0±19.7                                    |         | 33.9±20.8                                            |         | 33.2±24.0                            |         | 24.7±22.6                       |         | 27.5±20.6                          |         |  |
| Grupo, efecto principal                            |                                              |         |                                                      |         |                                      |         |                                 |         |                                    |         |  |
| Dosis baja                                         | 35.9±20.5                                    | p=0.535 | 40.3±18.2                                            | p=0.451 | 42.5±20.0                            | p=0.869 | 27.7±14.5                       | p=0.745 | 36.6±22.9                          | p=0.563 |  |
| Dosis alta                                         | 34.3±20.3                                    |         | 37.1±17.7                                            |         | 41.4±19.2                            |         | 30.2±15.5                       |         | 32.4±23.2                          |         |  |
| Interacción tiempo X grupo = efecto de tratamiento |                                              |         |                                                      |         |                                      |         |                                 |         |                                    |         |  |
| T1                                                 | 41.2±23.6                                    | p=0.182 | 42.6±21.4                                            | p=0.049 | 53.0±23.2                            | p=0.298 | 34.3±16.4                       | p=0.259 | 41.6±26.6                          | p=0.048 |  |
| Dosis baja                                         |                                              |         |                                                      |         |                                      |         |                                 |         |                                    |         |  |
| T3                                                 | 30.7±21.6                                    |         | 38.0±21.1                                            |         | 32.0±21.3                            |         | 21.1±16.4                       |         | 31.7±20.7                          |         |  |
|                                                    |                                              |         |                                                      |         |                                      |         |                                 |         |                                    |         |  |
| T1                                                 | 41.3±23.4                                    |         | 44.4±20.8                                            |         | 48.4±22.2                            |         | 32.1±17.6                       |         | 41.4±26.9                          |         |  |
| Dosis altas                                        |                                              |         |                                                      |         |                                      |         |                                 |         |                                    |         |  |
| T3                                                 | 27.3±21.4                                    |         | 29.8±20.4                                            |         | 34.4±20.4                            |         | 28.4±17.6                       |         | 23.4±21.0                          |         |  |



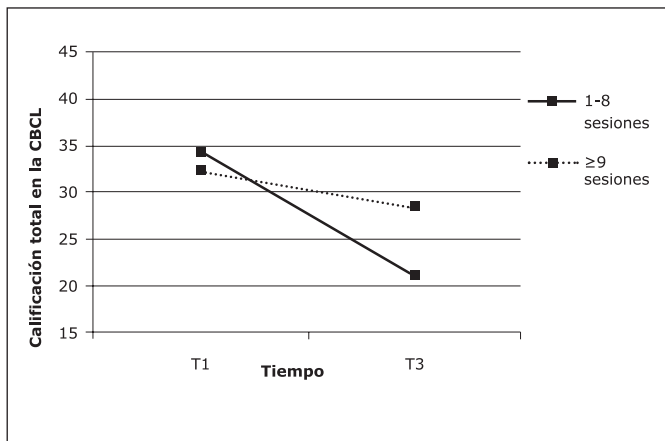
**Figura 2.** Cambios de la calificación total en la Lista de Cotejo de la Conducta del Niño (CBCL) en el curso del tratamiento para la muestra total (n = 269).



**Figura 3.** Cambios de la calificación total en La lista de Cotejo de la Conducta del Niño (CBCL) en el curso del tratamiento del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (n = 88).

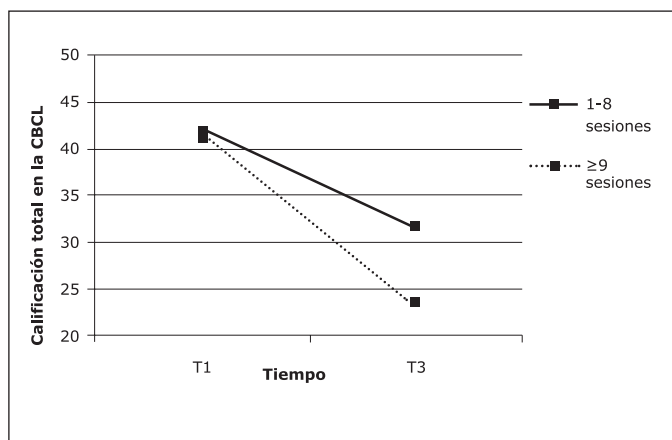


**Figura 4.** Cambios de la calificación total en la Lista de Cotejo de la Conducta del Niño (CBCL) en el curso del tratamiento del trastorno de la conducta (n = 50)



**Figura 5.** Cambios de la calificación total en la Lista de Cotejo de la Conducta del Niño (CBCL) en el curso del tratamiento del trastorno depresivo (n = 39)





**Figura 6.** Cambios de la calificación total en la Lista de Cotejo de la Conducta del Niño (CBCL) en el curso del tratamiento del trastorno por ansiedad ( $n = 45$ )

Los resultados muestran un efecto de tratamiento importante para los niños y los adolescentes con TDAH y TA: los pacientes del grupo con tratamiento en dosis altas tuvieron una reducción significativamente más elevada de la puntuación en CBCL que los del grupo con tratamiento en dosis bajas. Este resultado no fue aplicable a toda la muestra del estudio, ya que el tratamiento con dosis altas no fue eficaz en los pacientes con TC. Así mismo, en los niños y los adolescentes con TD, se pudo observar una tendencia diferente (fig. 5). En este subgrupo, se pueden identificar dos grupos diferentes: los que tenían síntomas depresivos duraderos que no mejoraron tras el tratamiento con dosis altas y los que tenían síntomas depresivos que mostraron una reducción de los síntomas después de intervenciones breves.

Al convertir estos resultados (utilizando medias, desviaciones estándar y magnitudes de muestras) en magnitudes de efecto, los valores para las submuestras diferentes fueron: muestra total,  $d_{\text{corr}} = 0,16$ ; TDAH,  $d_{\text{corr}} = 0,48$ ; TA,  $d_{\text{corr}} = 0,39$ ; TC,  $d_{\text{corr}} = -0,32$  y TD,  $d_{\text{corr}} = -0,57$ .

## DISCUSIÓN

### Resultados

Para la muestra total, este estudio no revela efectos de tratamiento importantes en un contexto ambulatorio de los SPIA. Sin embargo, en los subgrupos con TDAH y TA, resultan evidentes los efectos del tratamiento significativos leves a moderados. Los pacientes con un tratamiento en dosis alta al parecer se benefician más del tratamiento que los que reciben sólo algunas sesiones de tratamiento. Así mismo, los pacientes del subgrupo con TC tuvieron resultados relativamente insatisfactorios en general: tanto los efectos del tratamiento (comparación del análisis de los resultados de varianza) como la gravedad de los síntomas al inicio y al final del tratamiento (comparación de los resultados de las puntuaciones normalizadas en la CBCL) subrayan esta tendencia. En el subgrupo con TD, no es posible validar un efecto de tratamiento significativo: en niños y adolescentes con depresión, parece haber una elevada tasa de remisión espontánea en el grupo con tratamiento en dosis bajas. Nuestros resultados son compatibles con los hallazgos de los estudios de eficacia, que muestran que los tratamientos del TA y el TDAH son más eficaces que los del TD y el TC (7,8).

## Métodos

Aunque es conveniente que los estudios de eficacia se lleven a cabo como estudios comparativos aleatorizados, este objetivo a menudo es inalcanzable. El diseño utilizado en este estudio —en el cual comparamos los grupos con tratamientos en dosis altas y bajas— resultó factible para los estudios de evaluación del tratamiento en el contexto habitual; la tasa de deserción baja, la aceptación de los padres y las elevadas tasas de participación son convincentes. El cálculo de las puntuaciones de propensión tomando en cuenta las covariables pertinentes resulta en extremo importante para compensar la falta de asignación a un grupo aleatorizado. No obstante, el empleo de un criterio de desenlace individual desde luego implica algunas desventajas: un gran número de las revisiones pertinentes resaltan la importancia de la necesidad de aplicar criterios de desenlaces desde una amplia gama de dominios diferentes (p. ej., síntomas, grado funcional, calidad de vida, consecuencias a largo plazo), a fin de caracterizar adecuadamente el estado del paciente (7,8).

## Implicaciones para la investigación

Hay una amplia gama de preguntas relativas a los tratamientos psiquiátricos y psicológicos de niños y adolescentes que necesitan investigación continua (43). Una de las principales necesidades es la de más estudios de eficacia que demuestren que las intervenciones respaldadas empíricamente se pueden emplear en la asistencia cotidiana. Los estudios de observación clínica representativos no representan la norma ideal y sin embargo se pueden considerar como una alternativa adecuada que es factible en el contexto ambulatorio, sobre todo cuando las deficiencias metodológicas en el diseño del estudio se pueden controlar con métodos de análisis de datos adecuados. Ciertamente, el análisis de la puntuación de la propensión tiene sus limitaciones también (44). Aparte del problema de los valores faltantes, no se pueden equilibrar las covariables que no se han evaluado y por tanto siguen siendo factores de confusión.

En nuestra investigación simplemente relacionamos las dosis de los tratamientos (número de sesiones en un año) con el desenlace un año después de la remisión. Hasta el momento no se dispone de estudios naturalistas equivalentes que evalúen las relaciones dosis-efecto en niños y adolescentes y sería interesante establecer si nuestros resultados pueden reproducirse. Otra orientación para el refinamiento podría radicar en investigar el proceso de cambio mediante la evaluación de los datos durante el tratamiento. Esto podría llevar al desarrollo de un sistema de referencia a fin de evaluar la evolución del tratamiento individual del paciente (según las curvas de evolución del tratamiento).

## Implicaciones prácticas

Nuestros resultados proporcionan datos sobre la eficacia de los tratamientos ambulatorios en los SPIA «en la vida real» en niños y adolescentes con TDAH o TA. En cambio, los efectos del tratamiento en los pacientes con TD y TC resultaron negativos. Los resultados desfavorables para el TD podrían deberse a la aplicabilidad limitada de los métodos de tratamiento cognitivo y medicación que depende de la edad del paciente y de la etapa de desarrollo (7,45). Para el tratamiento de los pacientes con TC, un contexto de tratamiento ambulatorio en un consultorio psiquiátrico probablemente no es lo suficientemente

intensivo y parece menos adecuado que el enfoque de tratamiento alternativo multimodal y orientado a la familia recién descrito (p. ej., el tratamiento multisistémico, MST).

Por contraposición a los resultados de estudios de eficacia previos (14-17), nuestra evaluación del tratamiento en un contexto habitual muestra efectos de tratamiento evidentes (siempre y cuando se garantice una determinada dosis del tratamiento). Sin embargo, cabe mencionar dos restricciones. En primer lugar, no se pueden demostrar los efectos del tratamiento para todos los trastornos. Esto no necesariamente significa que estos trastornos sin un efecto demostrado no puedan tratarse en forma satisfactoria, sino más bien que podía no ser el contexto adecuado (como en el TC) o hasta el momento no se ha ideado ningún tratamiento específico adecuado para los niños (como en el TD). En segundo lugar, aunque están validados sólo los efectos leves a moderados, los tratamientos pueden contribuir en grado notable a la prevención —o reducción— de las consecuencias negativas a largo plazo (p. ej., costes humanos y sociales). Aun cuando los efectos logrados en la práctica no sean tan intensos como los efectos conocidos de los estudios de eficacia, esto no se debiera considerar como algo desalentador, sino más bien como una expresión de condiciones reales: los trastornos aislados pocas veces se tratan en el ejercicio clínico; son más frecuentes los pacientes con trastornos concomitantes.

## CONCLUSIÓN

Nuestro estudio abordó el problema de las pruebas limitadas en torno a la eficacia de los tratamientos naturalistas de trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes. Por contraposición a los resultados de estudios de eficacia previos, fue posible demostrar efectos notables de los tratamientos «en la vida real» para el TDAH y el TA, pero no para el TC y el TD. Estos resultados son compatibles con los hallazgos de los estudios de eficacia y muestran que el tratamiento naturalista podría ser mejor que el esperado. Como una implicación práctica, nuestro estudio señala la necesidad de idear más enfoques terapéuticos y ámbitos de tratamiento para los trastornos psiquiátricos de los niños.

## Agradecimientos

Este estudio fue respaldado por una donación de Janssen-Cilag. Los autores agradecen la agradable colaboración con los jefes de los nueve equipos de los consultorios: D. Hoehne, K. Kuehl, L. Lam, M. Neuhauss, F. Wienand, E. Fischer, K.-U. Hoehler, C. Schaff y O. Uzelli-Schwarz. También ellos quisieron agradecer a la Organización Profesional Alemana de Psiquiatras de Niños y Adolescentes por el apoyo brindado para este estudio.

## Bibliografía

1. Jensen AL, Weisz JR. Assessing match and mismatch between practitioner-generated and standardized interview-generated diagnoses for clinic-referred children and adolescents. *J Consult Clin Psychol* 2002;70:158-68.
2. Weisz JR, Jensen-Doss A, Hawley KM. Youth psychotherapy outcome research: a review and critique of the evidence base. *Annu Rev Psychol* 2005;56:337-63.
3. Baving L, Schmidt MH. Evaluerte Behandlungsansätze in der Kinder- und Jugend-psychiatrie I. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother* 2001;29:189-205.

4. Baving L, Schmidt MH. Evaluerte Behandlungsansätze in der Kinder- und Jugend-psychiatrie II. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother* 2001;29:206-20.
5. Compton SN, Burns BJ, Egger HL et al. Review of the evidence base for treatment of childhood psychopathology: internalizing disorders. *J Consult Clin Psychol* 2002;70:1240-66.
6. Farmer EMZ, Compton SN, Burns BJ et al. Review of the evidence base for treatment of childhood psychopathology: externalizing disorders. *J Consult Clin Psychol* 2002;70:1267-302.
7. Bachmann M, Bachmann C, Rief W et al. Wirksamkeit psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlungen bei psychischen Störungen von Kindern und Jugendlichen – Eine systematische Auswertung der Ergebnisse von Metaanalysen und Reviews – Teil I: Angststörungen und depressive Störungen. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother* 2008;36:309-20.
8. Bachmann M, Bachmann C, Rief W et al. Wirksamkeit psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlungen bei psychischen Störungen von Kindern und Jugendlichen – Eine systematische Auswertung der Ergebnisse von Metaanalysen und Reviews – Teil II: ADHS und Störungen des Sozialverhaltens. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother* 2008;36:321-33.
9. Casey RJ, Berman JS. The outcome of psychotherapy with children. *Psychol Bull* 1985;98:388-400.
10. Esser G, Ballaschk K. Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen – Forschungs-stand und Perspektiven. *Verhaltensther Verhaltensmed* 2005;26 (Sonderheft 1):19-39.
11. Kazdin AE, Bass D, Ayers WA et al. Empirical and clinical focus of child and adolescent psychotherapy research. *J Consult Clin Psychol* 1990;58:729-40.
12. Weisz JR, Weiss B, Alicke MD et al. Effectiveness of psychotherapy with children and adolescents: a meta-analysis for clinicians. *J Consult Clin Psychol* 1987;55:542-9.
13. Weisz JR, Weiss B, Han SS et al. Effects of psychotherapy with children and adolescents revisited: a meta-analysis of treatment outcome studies. *Psychol Bull* 1995;117:450-68.
14. Weisz JR, Donenberg GR, Han SS et al. Child and adolescent psychotherapy outcomes in experiments versus clinics: why the disparity? *J Abnorm Child Psychol* 1995;23:83-106.
15. Weisz JR, Donenberg GR, Han SS et al. Bridging the gap between laboratory and clinic in child and adolescent psychotherapy. *J Consult Clin Psychol* 1995;63:688-701.
16. Weisz JR, Jensen PS. Efficacy and effectiveness of child and adolescent psychotherapy and pharmacotherapy. *Ment Health Serv Res* 1999;1:125-57.
17. Weisz JR, Weiss B, Donenberg GR. The lab versus the clinic – effects of child and adolescent psychotherapy. *Am Psychol* 1992;47:1578-85.
18. Weisz JR, Jensen-Doss A, Hawley KM. Evidence-based youth psychotherapies versus usual clinical care. A meta-analysis of direct comparisons. *Am Psychol* 2006;61:671-89.
19. Kurth T, Walker AM, Glynn RJ et al. Results of multivariable logistic regression, propensity matching, propensity adjustment and propensity weighting under conditions of nonuniform effect. *Am J Epidemiol* 2005;163:262-70.
20. McCaffrey DF, Ridgeway G, Morral AR. Propensity score estimation for evaluating causal effects in observational studies. *Psychol Methods* 2004;9:403-25.
21. Rubin DB, Thomas NX. Matching using propensity scores: relating theory to practice. *Biometrics* 2004;52:249-64.
22. Andrade AR, Lambert EW, Bickman L. Dose effect in child psychotherapy: outcomes associated with negligible treatment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000;39:161-8.
23. Angold AM, Costello EJ, Burns BJ et al. Effectiveness of non-residential specialty mental health services for children and adolescents in the “real world”. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000;39:154-60.

24. Salzer MS, Bickman L, Lambert EW. Dose-effect relationship in children's psychotherapy services. *J Consult Clin Psychol* 1999;67:228-38.
25. Hansen NB, Lambert MJ. An evaluation of the dose-response relationship in naturalistic treatment settings using survival analysis. *Ment Health Serv Res* 2003;5:1-12.
26. Hoagwood K. The dose effect in children's mental health services. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000;39:172-5.
27. Howard KI, Kopta SM, Krause MS et al. The dose-effect relationship in psychotherapy. *Am Psychol* 1986;41:159-64.
28. Schulte-Markwort M, Bindt C. Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter. *Psycho-therapeut* 2006;51:72-9.
29. Achenbach TM, Edelbrock C. Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry, 1983.
30. Achenbach TM. Manual for the Child Behavior Checklist 4/18 and 1991 Profile. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry, 1991.
31. Döpfner M, Plück J, Bölte S et al. Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist: Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen; deutsche Bearbeitung der Child Behavior Checklist (CBCL/4-18). Köln: Einführung und Anleitung zur Handauswertung, ed. 2. Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD), 1998.
32. Remschmidt H, Schmidt MH, Poustka F. Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO, 5th ed. Bern: Huber, 2006.
33. DGKJP, Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie. Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter, ed. 3. Köln: Deutscher Ärzte Verlag, 2007.
34. Matthejat F, Trosse M, John K et al. kjp-Qualität, Modellforschungsprojekt zur Qualität kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlungen, Abschlussbericht. Marburg: Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie am Universitätsklinikum Gießen Marburg, 2006.
35. Englert E, Jungmann J, Lam L et al. Pilotstudie Basisdokumentation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie – Konzeption einer bundesweiten Anwendungsstudie mit dem Entwurf einer neuen gemeinsamen Basisdokumentation für Klinik und Praxis. In: Schmeck K, Poustka F, Katschnig H (eds). *Qualitätssicherung und Lebensqualität in der Kinder- und Jugendpsychiatrie*. Wien: Springer, 1998:83-92.
36. Englert E, Jungmann J, Lam L et al. Die Basisdokumentation Kinder- und Jugendpsychiatrie – Merkmalskatalog der Fachverbände für eine gemeinsame Basisdokumentation für Klinik und Praxis. *Spektrum der Psychiatrie und Nervenheilkunde* 1998;27:129-46.
37. Matthejat F, Hirsch O, Remschmidt H. Die Nutzung von Telefoninterviews für die Qualitätssicherung und Therapieevaluation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Literaturübersicht und empirische Ergebnisse zur Teilnahmequote und zu möglichen Stichprobenverzerrungen. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother* 2003;31:17-34.
38. Schmeck K, Poustka F, Döpfner M et al. Discriminant validity of the child behaviour checklist CBCL-4/18 in German samples. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2001;10:240-7.
39. D'Agostino RB, Jr. Tutorial in biostatistics. Propensity score methods for bias reduction in the comparison of a treatment to a nonrandomized control group. *Stat Med* 1998;17:2265-81.
40. Rosenbaum PR, Rubin DB. The central role of the propensity score in observational studies for causal effects. *Biometrika* 1983;70:41-55.
41. SPSS for Windows: Version 14.0. Chicago: SPSS Inc., 2006.
42. Hasselblad V, Hedges LV. Meta-analysis of screening and diagnostic tests. *Psychol Bull* 1995;117:167-78.
43. March JS. The future of psychotherapy for mentally ill children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry* 2009;50:170-9.
44. Winkelmayr WC, Kurth T. Propensity scores: help or hype? *Nephrol Dial Transplant* 2004;19:1671-3.
45. Brent DA, Maalouf FT. Pediatric depression: is there evidence to improve evidence-based treatments? *J Child Psychol Psychiatry* 2009;50:143-52.

# Integración de la psiquiatría en la atención primaria en Kenia

RACHEL JENKINS<sup>1</sup>, DAVID KIIMA<sup>2</sup>, FRANK NJENGA<sup>3</sup>, MARX OKONJI<sup>3</sup>, JAMES KINGORA<sup>4</sup>, DAMMAS KATHUKU<sup>5</sup>, SARAH LOCK<sup>6</sup>

<sup>1</sup>WHO Collaborating Centre, Institute of Psychiatry, Kings College, London, UK; <sup>2</sup>Ministry of Medical Services, Kenya; <sup>3</sup>Kenya Psychiatric Association; <sup>4</sup>Kenya Medical Training College; <sup>5</sup>University of Nairobi, Kenya; <sup>6</sup>Nuffield Foundation, London, UK

*La integración de la psiquiatría en la atención primaria es esencial en Kenia (donde sólo hay 75 psiquiatras que atienden a una población de 38 millones), de los cuales 21 están en las universidades y 28 en el ejercicio privado. La Nuffield Foundation financió una asociación entre el Ministerio de Salud, la Asociación Psiquiátrica de Kenia y el Centro de Colaboración de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Instituto de Psiquiatría de Kings College London, para capacitar a 3.000 de los 5.000 miembros del personal de atención primaria en el sistema de salud pública en todo Kenia, utilizando un enfoque de un sistema de salud general sustentable. El contenido de la capacitación se alineó estrechamente a las tareas genéricas del personal sanitario. La impartición de la formación se integró en el sistema de capacitación nacional normal y se acompañó de la capacidad de elaborar cursos para el personal a nivel distrital y provincial a fin de fomentar la inclusión de la psiquiatría en los planes operativos anuales a nivel de distritos y regiones y fomentar la coordinación y la supervisión de los servicios de psiquiatría en la atención primaria por enfermeras psiquiátricas de distrito y enfermeras en salud pública de distrito. En el proyecto se capacitó a 41 tutores que hasta el momento han capacitado a 1.671 miembros del personal de atención primaria, logrando un cambio medio en la calificación de conocimientos del 42% al 77%. Las observaciones cualitativas del ejercicio clínico subsiguiente han demostrado mejoras en la evaluación, el diagnóstico, el tratamiento, el mantenimiento de registros, el suministro de medicamentos, el enlace intersectorial y la formación pública. Así mismo, se ha capacitado a casi 200 supervisores (psiquiatras, enfermeras psiquiatras y enfermeras de salud pública de distrito). La experiencia del proyecto puede ser útil para otros países que también deseen llevar a cabo programas de capacitación y supervisión sustentable similares.*

**Palabras clave:** Kenia, atención primaria, formación, supervisión, psiquiatría.

*(World Psychiatry 2010;9:118-120)*

Kenia es uno de los países más pobres en el mundo y ocupa el lugar 144 entre los 177 países enumerados en el Informe de Desarrollo Humano de las Naciones Unidas de 2007. El producto interno bruto per capita fue de 520 dólares estadounidenses en 2005 y de 770 dólares estadounidenses en 2008. Se estima que la población es de 38 millones y la esperanza de vida es de 54 años. Más de uno de cada 10 niños muere antes de los 5 años de edad y cuatro de cada 1.000 mujeres mueren durante el parto. La prevalencia de la infección por VIH es de un 7,7% en las mujeres y del 4% en los hombres.

Se ha supuesto que Kenia tiene más estabilidad política que muchos países africanos pero, en el contexto del desempleo, las discrepancias económicas y las preocupaciones generalizadas en torno al acceso a las tierras ancestrales, hubo una violencia generalizada inmediatamente después de la elección general de 2007, lo que ha llevado a divisiones étnicas, el desplazamiento de unas 500.000 personas y más de 1.300 fallecimientos. El conflicto ha lesionado la industria turística, agravando los problemas económicos y la pobreza y a la vez el cambio climático está afectando a las lluvias, acentuando la hambruna en diversas regiones del país.

Kenia invierte sólo alrededor de 10 dólares estadounidenses per capita por año en salud. La inversión en salud en gran parte se enfoca en enfermedades transmisibles, sobre todo la infección por VIH y el paludismo. El acceso de la población a la asistencia sanitaria sigue siendo muy restringido y sólo hay una a dos enfermeras y jefes de clínicas por cada 10-20.000 de población y no hay médicos al nivel de la atención primaria en el sistema público.

El sistema de salud general de Kenia está ampliamente estructurado en seis niveles: los hospitales generales nacionales y los hospitales nacionales de remisión a especialistas (nivel 6), los hospitales generales de las provincias (nivel 5),

los hospitales generales de distrito y subdistrito (nivel 4), los centros de salud, las maternidades y los asilos (nivel 3), los dispensarios (nivel 2) y el nivel social (nivel 1). El nivel social comprende familias y domicilios. Por cada 100 domicilios se supone que hay un trabajador de salud social, seleccionado por la población para la función y que recibe una capacitación relativamente breve pero frecuente por personal del nivel 2 y 3. El personal sanitario de la población es capacitado para la prevención, la promoción y la identificación de los problemas de salud así como en intervenciones apropiadas que incluyen la remisión al dispensario. Son coordinadas por los trabajadores de extensión de la salud de la población, quienes son personal sanitario de niveles 2 y 3.

Kenia cuenta con 75 psiquiatras, de los cuales 21 forman parte del sistema universitario y 28 ejercen en forma privada. Tiene alrededor de 500 enfermeras psiquiátricas, de las cuales sólo 250 trabajan en psiquiatría, desplegadas a niveles nacional, provincial y de distrito, de manera que cada distrito de unas 150.000 personas contará sólo con una o pocas veces dos enfermeras psiquiátricas. Puesto que la prevalencia global de los trastornos psiquiátricos es en torno al 1% para la psicosis y del 10% para los trastornos psiquiátricos frecuentes, esto significa que en cada distrito habrá 1.500 personas con psicosis y 15.000 personas con trastornos psiquiátricos frecuentes. Por tanto, a menos que la psiquiatría se integre en los niveles 1, 2 y 3 del sistema de salud, el acceso de la población a la atención psiquiátrica se verá gravemente restringido a la densidad de casos que puede atender un miembro del personal psiquiátrico en cada distrito.

La única manera en que el sistema puede proporcionar la asistencia psiquiátrica a la población es si se fortalece la atención primaria para que sea una etapa decisiva en el camino



entre el nivel de la población y el de distrito. De hecho, las personas con trastornos psiquiátricos ya están acudiendo a atención primaria, pero aparte de los que tienen psicosis, la cual es relativamente fácil diagnosticar aun para el lego, los que tienen depresión, ansiedad u otros trastornos psiquiátricos frecuentes por lo general reciben el diagnóstico erróneo de alguna enfermedad somática.

La integración de la psiquiatría en la atención primaria ha sido un objetivo de la política en Kenya durante dos a tres decenios (1), pero no hay una asignación específica de recursos para llevar a la práctica esto y no se dispone de un desarrollo profesional continuado para el personal psiquiátrico en los niveles 1-4. Tomando en cuenta este dilema, el Ministerio de Salud (MS) de Kenya se asoció al centro de colaboración de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el Instituto de Psiquiatría de Londres, al *Kenya Medical Training College* (KMTC) y a la Asociación Psiquiátrica de Kenya, lo cual fue financiado por la *Nuffield Foundation*, para establecer un programa nacional de integración de la psiquiatría en la atención primaria.

El proyecto tenía como propósito capacitar a 3.000 de los 5.000 miembros del personal de atención primaria en el sistema de salud pública de Kenya, utilizando un enfoque de sistema de salud general sustentable en el que el contenido de la capacitación se apegara en alto grado a las tareas genéricas del personal sanitario y la capacitación se integrara en el sistema de capacitación nacional normal. El programa de capacitación de atención primaria se acompañó de seminarios para mejorar las capacidades y cursos dirigidos a personal de los niveles 4 y 5. Estos fueron concebidos para fomentar la incursión de la psiquiatría en los planes operativos de distrito y provincial anuales y fomentar la coordinación y la supervisión de los servicios psiquiátricos en la atención primaria por enfermeras psiquiátricas de distrito y enfermeras de salud pública de distrito.

## EL PROGRAMA Y SUS RESULTADOS

El proyecto comenzó en mayo de 2005. El centro de colaboración de la OMS en diálogos con los asociados en Kenya, basándose en la adaptación de las directrices de atención primaria de la OMS, elaboró el programa y los materiales de enseñanza. La capacitación preliminar constó de tres cursos impartidos en 2005 a 20 miembros del personal experimentado de KMTC y MS y a 41 tutores seleccionados del KMTC en Nairobi, sus escuelas de formación médica de la provincia y los centros de capacitación en salud rural del MS. Después de la formación de los tutores, la capacitación se ha difundido por todo el país, primero en el KMTC nacional, luego en seis centros seleccionados de formación en provincia durante los últimos cuatro años. Todas las enfermeras y el personal clínico que labora en dispensarios y centros de salud son elegibles para la formación. Se les recluta a la vez a través del director médico de salud de distrito. Los maestros forman parte del personal de enseñanza capacitado (enfermeras y médicos), quienes han tomado el curso proporcionado por los directores del proyecto.

El programa de capacitación para la atención primaria es un curso de cinco días y consta de cinco módulos. El primero aborda los conceptos centrales (psiquiatría y trastornos psiquiátricos y su contribución a los desenlaces en salud física, económicos y sociales); el segundo, las habilidades centrales

complementarias (habilidades de comunicación, evaluación, exploración del estado mental, diagnóstico, tratamiento, tratamiento de casos difíciles, tratamiento de la violencia, dar las malas noticias); el tercero, los trastornos neurológicos frecuentes (epilepsia, enfermedad de Parkinson, cefalea, demencia, estados de confusión tóxicos); el cuarto módulo trata de los trastornos psiquiátricos (el contenido está basado en las directrices de la OMS para la atención primaria psiquiátrica, adaptadas a Kenya); y el quinto, las cuestiones de normatividad del sistema de salud y de otros sectores, legislación, enlaces entre la salud psiquiátrica y el niño, salud de la reproducción, infección por VIH y paludismo; funciones y responsabilidades; sistemas de información para la atención a la salud; la colaboración con el personal sanitario extrahospitalario y con los curanderos tradicionales; y la integración de la psiquiatría en los planes de operación anuales.

El curso es impartido a través de la enseñanza de múltiples métodos de aspectos teóricos, intercambios, juego de roles y videos con un énfasis importante en la adquisición de las destrezas y competencias prácticas para la evaluación, el diagnóstico y el tratamiento. Los juegos de roles, los videos, los debates y las diapositivas teóricas van acompañados de las directrices de atención primaria de la OMS. Cada participante tiene que completar más de 25 juegos de roles supervisados en diferentes temas en el curso de la semana y observar y comentar sobre 25 juegos de roles realizados por sus colegas. En la capacitación también se utilizaron videos de la OMS sobre depresión, psicosis y somatización (2).

Las pruebas de la fase 1 de la intervención de capacitación comprendieron: a) mejoras interativas del curso, basándose en la retroalimentación de maestros y estudiantes en los primeros cursos; b) retroalimentación detallada de participantes, evaluada con regularidad por maestros y por el director del proyecto; c) evaluación previa y posterior a la prueba de los primeros 1.000 tutores capacitados; d) análisis de los datos sistemáticos recabados antes y después de la capacitación en dos distritos; observaciones supervisadas del ejercicio clínico en 15 centros de salud en los tres distritos, que fueron visitas a petición del ministerio de salud, a fin de evaluar la eficiencia y la eficacia del trabajo de los prestadores de servicios en los niveles 2 y 3 de la asistencia psiquiátrica después de su participación en el curso de formación. Más adelante en este año se llevará a cabo un estudio explorador comparativo y aleatorizado de grupos de fase 2.

Hasta el momento se ha capacitado a un total de 1.673 miembros del personal de atención primaria. El cambio medio en la calificación de los conocimientos para los primeros 1.000 participantes fue de un 42% a un 77%. Además, se han llevado a cabo cuatro cursos especiales para los ocho psiquiatras de provincia y alrededor de 200 enfermeras psiquiátricas y de salud pública de distrito para que proporcionen apoyo sistemático y supervisen la atención primaria.

Una enfermera psiquiátrica experimentada visitó a 15 centros de salud en los dos distritos para supervisar el ejercicio clínico. El observador descubrió que, cuando el personal se había capacitado, adquiría conocimientos sobre los trastornos psiquiátricos. Sus habilidades de comunicación y relaciones terapéuticas con los pacientes y los familiares se hallaban por encima del promedio, su capacidad para investigar los antecedentes y evaluar el estado mental era satisfactoria y se invo-

lucraba activamente brindar atención psiquiátrica. El personal sanitario capacitado tomaba mucho más en cuenta la relación entre los trastornos psiquiátricos y las enfermedades transmisibles como paludismo, amebiasis y fiebre tifoidea; y entre los trastornos psiquiátricos y las enfermedades no transmisibles como los trastornos musculoesqueléticos, la diabetes y el asma.

Casi todos los centros de salud donde se había capacitado al personal han comenzado un enlace de redes intersectoriales con jefes de la población, guías espirituales, personas que practican la medicina tradicional, personal sanitario de la población y cualquier organización no gubernamental local. Muchos de los centros visitados han asignado un armario especial con llave para almacenar sus psicofármacos. El personal capacitado se las ha arreglado para establecer suministros satisfactorios y constantes de los fármacos que se suelen utilizar, en colaboración con el farmacéutico del distrito y la enfermera psiquiátrica del distrito. Casi todos los centros visitados mantienen un registro clínico de las personas con trastornos psiquiátricos persistentes. Los centros de salud están organizando vínculos estrechos entre los familiares de los pacientes, lo cual da por resultado la participación activa de la población en el tratamiento de las personas con trastornos psiquiátricos.

El curso está aprobado para 40 horas de desarrollo profesional continuado y ahora se llevará a cabo a largo plazo por los KMTC como uno de sus programas de cursos breves.

En Malawi se ha estado realizando un ensayo comparativo aleatorizado de grupos del curso de capacitación y en breve se dará a conocer. También se está realizando una evaluación multicomponente en Irak. Así mismo, el curso se ha llevado a cabo en Nigeria (3) y se va a llevar a cabo en Sri Lanka, como parte del plan de acción de la OMS para 2008-2011 (4).

## DISCUSIÓN

Este proyecto ha demostrado que es posible capacitar al personal sanitario que atiende a los pacientes mediante un curso interactivo breve de cinco días en psiquiatría, utilizando fondos a una escala relativamente pequeña, capacitadores locales y un sistema de gestión de proyecto integrado en el sistema de capacitación local, y para lograr los desenlaces eficaces de las mejores conocimientos y prácticas y lograr resultados eficaces en una mejor transmisión del conocimiento y la práctica y de

las habilidades a otros. El curso es una combinación interdependiente equilibrada y compleja de habilidades, competencias y conocimiento, que adopta un enfoque intersectorial de sistemas de salud.

Recomendamos que programas similares para capacitar al personal sanitario de atención primaria debieran funcionar en colaboración con el ministerio de salud y en el contexto de la política sanitaria y normatividad psiquiátrica del país. Estos proyectos debieran acordar con el ministerio de salud la instauración de la capacitación local apropiada para la atención primaria y colaborar a través de la organización para formar tutores locales que posiblemente se mantengan de planta por mucho tiempo. La incorporación de participantes debiera ser a través del ministerio de salud para garantizar que las personas apropiadas asistan a la capacitación. En estos proyectos también se debiera organizar el reforzamiento de la capacitación proporcionando las directrices clínicas satisfactorias ajustadas a la localidad que los participantes luego puedan utilizar por años para la capacitación; mediante folletos del curso y mediante la supervisión regular desde el nivel de distrito. Por consiguiente, también es necesario capacitar a los supervisores, de manera que comprendan bien su papel y habilidades como supervisores.

Es preciso vigilar cuidadosamente el avance de tales proyectos y adoptar las medidas lo más pronto posible para mantener activos los proyectos. La financiación flexible para habilitar los proyectos a fin de que hagan frente a acontecimientos imprevisibles como los conflictos bélicos y la inflación desenfrenada, y para responder a las reformas cambiantes del sector sanitario, ayudará sobremanera a la sustentabilidad a largo plazo después que haya finalizado la financiación de tal proyecto.

## Bibliografía

1. Ministry of Health of Kenya. Kenya's health policy framework: implementation and action plans. Nairobi: Ministry of Health of Kenya, 1994.
2. Sartorius N. The update of a WPA Educational Programme on the Management of Depressive Disorders. *World Psychiatry* 2008;7:64.
3. Gureje O. The WPA Train-the-Trainers Workshop on Mental Health in Primary Care (Ibadan, Nigeria, January 26-30, 2009). *World Psychiatry* 2009;8:190.
4. Maj M. The WPA Action Plan is in progress. *World Psychiatry* 2009;8:65-6.

# Orientación a los psiquiatras para el trabajo en urgencias: un seminario de la Asociación Mundial de Psiquiatría y la Organización Mundial de la Salud

MARK VAN OMMEREN<sup>1</sup>, LYNNE JONES<sup>2</sup>, JESSICA MEARS<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Department of Mental Health and Substance Abuse, World Health Organization, Geneva, Switzerland

<sup>2</sup>International Medical Corps, Santa Monica, CA, United States

Las directrices del Comité Permanente Interorganismos (IASC) sobre apoyo psiquiátrico y psicosocial, aprobadas por los jefes de los principales organismos de las Naciones Unidas (NU) y organismos humanitarios internacionales no pertenecientes a las Naciones Unidas, proporcionan un marco de referencia para establecer servicios psiquiátricos y apoyos psicosociales en urgencias en los países de ingresos bajos y medianos (PIBM) (1). Autoridades clave, como los Representantes Residentes de las Naciones Unidas y representantes humanitarios (2), activistas en el ámbito de la salud humanitaria (3), múltiples organismos humanitarios e importantes donadores, utilizan las directrices del IASC como su referencia para lo que se considera una respuesta humanitaria satisfactoria. Por tanto, es decisivo que los psiquiatras conozcan las directrices del IASC.

La Asociación Mundial de Psiquiatría (WPA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) colaboran en la atención psiquiátrica en urgencias, según se describió en el plan de trabajo de la OMS y la WPA para el periodo de 2008-2011 (4-6). En 2009, como parte de una iniciativa conjunta para incrementar la capacidad de los psiquiatras en el trabajo humanitario en todo el mundo, con la esperanza de que se utilicen las directrices del IASC ampliamente y en forma apropiada con la participación completa de los psiquiatras de los PIBM, la WPA y la OMS organizaron un taller de orientación para psiquiatras.

Las directrices del IASC fueron elaboradas después de una falta de consenso entre los organismos humanitarios con respecto a lo que se debiera hacer en respuesta a las urgencias importantes (7) y la consiguiente falta de coordinación. Las directrices se enfocan en la respuesta inmediata y mínima en urgencias con acciones prácticas intersectoriales. Las directrices, compatibles con la OMS (8) y el Proyecto Esfera (9) se enfocan en fortalecer los apoyos sociales y un entorno de recuperación de apoyo seguro, y también contemplan la atención a los trastornos psiquiátricos graves preexistentes y desencadenados por urgencias, el estrés agudo provocado por traumatismos y el daño relacionado con el alcoholismo u otras toxicomanías. Una de las principales características de las directrices del IASC es el enfoque en la acción multisectorial y, en concreto, la coordinación y la colaboración entre el trabajo de protección/social/población y los servicios clínicos.

Los psiquiatras a menudo necesitan adaptar su función al contexto de las urgencias. Para que se pueda utilizar su experiencia de la manera más eficaz, a menudo necesitan cambiar de enfoque en la atención clínica directa hacia una capacitación rápida y supervisión de la atención psiquiátrica básica integra-

da en la atención sanitaria no especializada a fin de brindar asistencia a un gran número de personas (10). Los psiquiatras están en la mejor posición para actuar como defensores de la atención a los pacientes con trastornos psiquiátricos moderados y graves. Sin embargo, —como especialistas en psiquiatría— también están en una posición excelente para defender un entorno de restablecimiento seguro y de apoyo y para los respaldos sociales que evitan o reducen los problemas psiquiátricos. Por consiguiente, parte de su función en las urgencias es iniciar o respaldar los esfuerzos de abogacía por la atención clínica y por el trabajo de protección/social/población.

La WPA y la OMS han reconocido la necesidad de familiarizar a los psiquiatras con la importancia de su papel en urgencias y llevaron a cabo un seminario intensivo de cinco días en las oficinas centrales de la OMS en Ginebra. Los 18 participantes provenían de 15 PIBM y traían consigo la experiencia y el conocimiento adquiridos en todo el mundo. El seminario tuvo como propósito abordar los elementos centrales de las directrices del IASC pertinentes a los psiquiatras. Con la ayuda de facilitadores de los organismos de las NU (OMS, Fondo para la Población de las Naciones Unidas) y las principales organizaciones humanitarias no gubernamentales (International Medical Corps, Terre des Hommes, Doctores del Mundo —España/Médicos del Mundo y Médicos sin Fronteras/Médecins Sans Frontières), proporcionaron un foro para la exploración y el análisis de las directrices y sus principios.

Se abordaron los siguientes temas: coordinación, análisis, vigilancia y valoración; luto, pérdida y temor; primeros auxilios psicológicos; establecimiento de la asistencia psiquiátrica en la asistencia médica primaria; medicamentos esenciales y el estuche de salud de urgencias interorganismos; psiquiatría en los sistemas de información sanitaria; movilización del apoyo social a través del servicio de salud general; enfoques de tratamiento social, familiar e individual; movilización de la población; autoayuda en la población y apoyo social; desarrollo infantil inicial de niños en urgencias; violencia sexual en urgencias; prevención del daño por alcoholismo y toxicomanías, epilepsias en urgencias, colaboración con curanderos tradicionales; restablecimiento temprano y reconstrucción; asistencia de personal; y estudios de casos en Darfur, Líbano, Sierra Leona y Sri Lanka.

Se utilizaron diversos métodos de enseñanza durante todo el curso, incluidos los métodos participativos en casi la mitad de las sesiones. Un estudio de un caso fue presentado por uno de los participantes en el seminario, quien trabajó durante el periodo del seminario en una situación humanitaria aguda en

lo que entonces era el más extenso campo interno cerrado de desplazamiento de personas en el mundo (275.000 personas) en Vavuniya, Sri Lanka. El participante proporcionó a los colegas un panorama detallado de los recursos y de las múltiples limitaciones. Después se les preguntó a los participantes cómo evaluarían las necesidades de la población, cómo coordinarían las actividades con otros participantes, qué clase de programa de apoyo psiquiátrico y psicosocial crearían, quiénes brindarían los servicios y los apoyos y de qué manera se llegaría a la población. Los debates de grupos pequeños y plenarios que después tuvieron lugar proporcionaron enseñanzas a todos.

Los puntos de interés, las controversias y el debate que surgió durante el seminario comprendieron modificaciones de tareas y fármacos esenciales. Estos todavía son aspectos polémicos que se deben debatir mucho más entre psiquiatras (capacitados para optimizar la salud de cada paciente) y el personal de salud pública mental (capacitados para optimizar la salud de grandes segmentos de la población). Representan las dificultades que se afrontan cuando los psiquiatras están sujetos a presiones para modificar rápidamente su rol en estos contextos, así como las dificultades que representa trabajar con los tipos de fármacos muy limitados disponibles en muchas urgencias agudas.

La evaluación del seminario por los participantes incluyó una pregunta en torno a diferentes aspectos en los cuales posiblemente cambiarían sus procedimientos después del seminario. La mayoría de los participantes respondieron que estaban ávidos por modificar su ejercicio en dos áreas: (a) promoción y organización de los primeros auxilios psicológicos y (b) enlace de la asistencia psiquiátrica con los apoyos sociales a la población.

En este breve informe se describió un seminario de la WPA y la OMS dirigido a los psiquiatras de Oriente de los PIBM sobre las directrices del IASC en cuanto al apoyo psiquiátrico y psicosocial. El conocimiento de muchos psiquiatras de los PIBM sobre la psiquiatría posdesastres se limita al trastorno por estrés postraumático, el cual, aunque es un trastorno importante, sólo es uno de los múltiples problemas mentales y psicosociales que ocurren en las urgencias (11). Este seminario constituye un paso más que fortalece la capacidad de los psiquiatras para aplicar el enfoque de salud pública en la

prevención y la reducción de los problemas psiquiátricos en urgencias.

## Agradecimientos

Agradecemos afectuosamente al Profesor Mario Maj, Presidente de la WPA por la iniciativa y colaboración, que incluyó la financiación de la WPA; a los que asistieron al seminario por su participación activa; a los facilitadores de los diversos organismos que en forma voluntaria aportaron su tiempo y a la Secretaría de la WPA por organizar los aspectos logísticos.

Los puntos de vista expresados en este informe son los de los autores y no necesariamente presentan las decisiones, las políticas o los puntos de vista de las instituciones en las que trabajan.

## Bibliografía

1. Inter-Agency Standing Committee. IASC guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings. Geneva: Inter-Agency Standing Committee, 2007.
2. Office for the Coordination of Humanitarian Affairs. HC/RC handbook. Geneva: Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (in press).
3. Inter-Agency Standing Committee Global Health Cluster. Health cluster guide: a practical guide for country-level implementation of the Health Cluster. Geneva: World Health Organization, 2009.
4. Maj M. The WPA Action Plan 2008-2011. *World Psychiatry* 2008;7:129-30.
5. Maj M. The WPA Action Plan is in progress. *World Psychiatry* 2009;8:65-6.
6. Maj M. WPA-WHO collaborative activities 2009-2011. *World Psychiatry* 2009;8:129-30.
7. van Ommeren M, Saxena S, Saraceno B. Mental and social health during and after acute emergencies: emerging consensus? *Bull World Health Organ* 2005;83:71-6.
8. World Health Organization. Mental health in emergencies: psychological and social aspects of health of populations exposed to extreme stressors. Geneva: World Health Organization, 2003.
9. Sphere Project. Humanitarian charter and minimum standards in disaster response. Geneva: Sphere Project, 2004.
10. Jones L, Asare JB, El Masri M et al. Severe mental disorders in complex emergencies. *Lancet* 2009;374:654-61.
11. van Ommeren M, Saxena S, Saraceno B. Aid after disasters. *BMJ* 2005;330:1160-1.



## ¿Se debiera incluir el «síndrome de riesgo de psicosis» como un diagnóstico en el DSM-V?

Las investigaciones sobre las personas con un riesgo muy elevado de presentar esquizofrenia han avanzado notablemente en los últimos años (1-5). Esto ha llevado a la propuesta, que ha aparecido en el programa del grupo de trabajo sobre esquizofrenia de la American Psychiatric Association (6), para incluir el «síndrome de riesgo de psicosis» como un diagnóstico en el DSM-V.

Se han expresado diferentes posturas en este sentido. La mayoría de los expertos considera que el «síndrome de riesgo de psicosis» no es una entidad diagnóstica (6). El incluirlo como un diagnóstico puede ser nocivo, debido a la posibilidad de una designación inadecuada, a la prescripción de antipsicóticos y al estigma que da por resultado la discriminación. Así mismo, el síndrome no está bien definido, no tiene ninguna base neurobiológica, carece de tratamiento específico y necesita evaluación adicional. El daño potencial supera los beneficios potenciales por el momento, a causa de la validación insatisfactoria, la tasa de conversión baja y decreciente y la elevada tasa de resultados falsos positivos.

Sin embargo, también es verdad que toda persona que presenta psicosis o esquizofrenia ha estado «en riesgo» y la prevención de la esquizofrenia sólo es posible si podemos detectar efectivamente el riesgo. Por tanto, puede no ser prudente descartar del todo la propuesta. El razonamiento más sólido para incluir el nuevo diagnóstico se basa en el «modelo de estadificación» ilustrado por P. McGorry (7,8). Según quienes lo proponen, la evidencia por el momento es suficiente, las implicaciones para la salud pública son claras y el nuevo diagnóstico ofrecería una gran oportunidad para llevar a cabo investigaciones en torno a la esquizofrenia desde una perspectiva prodrómica (9,10). Aunque se reconoce que sólo algunas personas evolucionan de hecho a un estado psicótico, se sostiene que ahora está surgiendo algún indicio con respecto a quién presentará psicosis. Según los sistemas diagnósticos existentes, los pacientes se clasifican como portadores o no portadores de un trastorno psicótico. En el ejercicio clínico habitual, los pacientes subsindrómicos o subumbral son excluidos debido a que no se cumplen los criterios diagnósticos. Las personas que buscan ayuda a veces pueden permanecer en observación sin ninguna intervención activa y las que no reconocen sus síntomas pueden sólo ser remitidas cuando es demasiado tarde. Hay la necesidad de abordar a las personas vulnerables de manera constante para retrasar o impedir la psicosis, de una manera muy parecida a lo que hacemos para la isquemia miocárdica en evolución o el accidente cerebrovascular en evolución. Sin duda necesitamos instrumentos más eficaces y específicos, mediciones y definiciones para facilitar este proceso.

El diagnóstico psiquiátrico es el lenguaje general de la psiquiatría, lo que proporciona una comunicación eficaz entre los médicos. Sin embargo, ha rebasado su propósito y ha adquirido la posición de un documento que proporciona pruebas científicas en diversos ámbitos no clínicos como juzgados, compañías

de seguro, discapacidad de servicios sociales, financiación de la investigación y consejos de ética sobre la investigación. Es necesario que nos reconciliemos con este cambio.

El síndrome de riesgo de psicosis puede o puede no aparecer en el DSM. Se pueden considerar otras opciones diversas en vez de llamarlo un «diagnóstico», por ejemplo, una categoría separada de psicosis subsindrómica o una categoría de síndrome de riesgo para los diferentes diagnósticos, o codificarlo en una dimensión de gravedad. Si bien ciertamente se necesitan más análisis con respecto a las pruebas de investigación, los aspectos teóricos y los límites éticos, me gustaría dar la bienvenida a este debate y espero verlo llegar a una conclusión lógica.

**Amresh Shrivastava**

*University of Western Ontario and Lowsan  
Health Research Institute, London, Ontario, Canada*

### **Bibliografía**

1. Addington J, Cadenhead KS, Cannon TD et al. North American Prodrome Longitudinal Study: a collaborative multisite approach to prodromal schizophrenia research. *Schizophr Bull* 2007;33:665-72.
2. Yung AR, Nelson B, Stanford C et al. Validation of “prodromal” criteria to detect individuals at ultra high risk of psychosis: 2 year follow-up. *Schizophr Res* 2008;105:10-7.
3. McGorry PD, Killackey E, Yung A. Early intervention in psychosis: concepts, evidence and future directions. *World Psychiatry* 2008;7:148-56.
4. Malla A. The promises and challenges of early intervention in psychotic disorders. *World Psychiatry* 2008;7:157-8.
5. Klosterkötter J. The clinical staging and the endophenotype approach as an integrative future perspective for psychiatry. *World Psychiatry* 2008;7:159-60.
6. Schizophrenia Research Forum. Live discussion: is the risk syndrome for psychosis risky business? [www.schizophrenia-forum.org](http://www.schizophrenia-forum.org).
7. McGorry PD, Hickie IB, Yung AR et al. Clinical staging of psychiatric disorders: a heuristic framework for choosing earlier, safer and more effective interventions. *Aust N Z J Psychiatry* 2006;40:616-22.
8. McGorry PD, Nelson B, Amminger GP, et al. Intervention in individuals at ultra high risk for psychosis: a review and future directions. *J Clin Psychiatry* (in press).
9. Woods SW, Addington J, Cadenhead KS et al. Validity of the prodromal risk syndrome for first psychosis: findings from the North American Prodrome Longitudinal Study. *Schizophr Bull* (in press).
10. Cannon TD, Cadenhead K, Cornblatt B et al. Prediction of psychosis in youth at high clinical risk: a multisite longitudinal study in North America. *Arch Gen Psychiatry* 2008;65:28-37.

# Falta de relación entre la duración de la psicosis no tratada y el pronóstico en una cohorte india

La duración de la psicosis no tratada (DUP, por sus siglas en inglés) definida como el tiempo transcurrido desde la manifestación del primer síntoma psicótico hasta el inicio de la farmacoterapia antipsicótica adecuada, ha mostrado tener una relación sólida con un pronóstico desfavorable de la psicosis de primer episodio (1). Sin embargo, varios problemas metodológicos afectan a la investigación en este campo. Así mismo, aunque algunos países asiáticos han establecido programas de intervención temprana para la psicosis, son muy escasos los datos sobre la influencia de la DUP en el desenlace de los trastornos psicóticos (sobre todo la esquizofrenia) en estos países. Esto nos indujo a analizar la influencia de la DUP en el pronóstico de pacientes con esquizofrenia de primer episodio que solicitaban tratamiento en la clínica ambulatoria psiquiátrica de un hospital de múltiples especialidades ubicado en el norte de la India.

A pacientes de 18 a 60 años de edad, con un diagnóstico de esquizofrenia según el DSM-IV, en su primer episodio, que solicitaban tratamiento por primera vez, se les incorporó después de obtener el consentimiento informado por escrito. Se excluyó a los que tenían un trastorno psiquiátrico concomitante, toxicomanía aguda o crónica (con excepción de la nicotina), enfermedades somáticas importantes, síndrome cerebral orgánico o retraso mental. Se establecieron los diagnósticos utilizando la Entrevista Clínica Estructurada para los trastornos del Eje I del DSM-IV —versión para médicos—. Se definió la DUP como el intervalo entre el inicio de los síntomas psicóticos y el inicio del «tratamiento adecuado», definido como el tratamiento con antipsicóticos en dosis adecuadas (mínimo de 300 mg/día de equivalentes de clorpromacina), durante seis semanas o más. Se determinó el inicio de los síntomas psicóticos utilizando el Instrumento para la Evaluación Retrospectiva del Inicio de la Esquizofrenia (2). Se verificó el inicio del tratamiento obteniendo información de pacientes y familiares y mediante el análisis de las historias clínicas. Las evaluaciones iniciales también comprendieron la Escala de Síndrome Positivo y Negativo (PANSS); el Esquema para la Evaluación de la Discapacidad Psiquiátrica (SAPD), una modificación hindú del esquema de evaluación de discapacidad de la OMS; la escala de la Evaluación Global del Funcionamiento (GAF) para el funcionamiento en el último mes, la Entrevista de la Calidad de Vida de Lehman —versión breve (QOLI)—. Después, los pacientes continuaron con su tratamiento y se estableció contacto con ellos seis meses después de la valoración inicial. Se utilizó una versión modificada del Esquema de la Gráfica de la Vida de la OMS (LCS;3) como la medida primaria de la evolución en el interin y la evolución a los seis meses. Como criterios secundarios de valoración se volvieron a aplicar PANSS, GAF, SAPD y QOLI.

El muestreo consecutivo en ocho meses dio por resultado 38 pacientes con esquizofrenia de primer episodio que cumplían los criterios de selección; ocho de estos no se pudieron

incorporar en el estudio, pero sus características clínicas y demográficas fueron equiparables a las de los incorporados. En consecuencia, la muestra inicial tuvo 30 pacientes; ocho más desertaron en los siguientes seis meses; por consiguiente, la muestra de seguimiento constó de 22 pacientes.

Los pacientes tenían más edad que la esperada (media de 29 a 32 años); también hubo una leve representación excesiva de mujeres. La esquizofrenia paranoide, al ser el subtipo más frecuente, pudo haber contribuido a la edad de instauración más avanzada. Los pacientes en su mayor parte eran cultos y provenían de medios urbanos. No se observaron diferencias entre las muestras al inicio y al seguimiento, lo que indica que las ocho deserciones en esta etapa no modificaron los resultados en relación con el desenlace.

La media de la DUP fue 47,30 (DE 40,44) semanas para la muestra inicial y 49,32 (DE 42,95) semanas para la muestra de seguimiento. La DUP varió de 6 a 180 semanas para las dos muestras. El predominio de los individuos urbanos cultos contribuyó a la DUP extraordinariamente breve de esta muestra.

La influencia de la DUP en el pronóstico se analizó utilizando los coeficientes de correlación de Spearman. El LCS modificado fue el criterio principal de valoración; los criterios secundarios de valoración comprendieron PANSS, GAF, SAPD y QOLI. No se observó ninguna relación importante de la DUP con el criterio primario o los criterios secundarios de valoración. También se intentó el análisis de resultados dicotomizados mediante la subdivisión de la muestra de seguimiento en «DUP breve» (n = 10) y «DUP prolongada» (n = 12) como grupos, utilizando el valor mediano de 36 semanas como umbral y comparando las mismas variables mediante el empleo de las pruebas de Mann-Whitney. Este análisis tampoco reveló una relación significativa entre la DUP y el pronóstico.

Aunque este estudio cumplió la mayor parte de las medidas de control de calidad recomendadas (1), lo que comprende la determinación estandarizada de diagnóstico y la DUP, una tasa de seguimiento adecuada, el empleo de múltiples medidas de variables y de análisis no paramétricos, fue insuficiente en varios aspectos, como la muestra pequeña y restringida, las evaluaciones sin enmascaramiento, el seguimiento relativamente breve y la imposibilidad del ajuste con respecto a posibles factores de confusión. Sin embargo, estas debilidades no contribuyeron del todo a la falta de una relación entre la DUP y el pronóstico, sobre todo porque otros estudios (4) con diseños y tamaños de muestra similares han revelado relaciones positivas.

Se podrían proponer explicaciones alternativas para la falta de relación. La variabilidad para verificar la DUP, la posible influencia de factores de confusión, la posibilidad de que la DUP sea un biomarcador, no un determinante del pronóstico, se han citado como causas de la falta de reproducción de una relación positiva entre la DUP prolongada y un pronóstico desfavorable. Incluso en estudios en los que se comunica una relación positiva, el efecto es moderado y correlacional no causal (5).

Sin embargo, el estudio actual resalta otro debate relacionado, el del «umbral» de la DUP, que supera lo que inevitablemente señala un pronóstico desfavorable. Una relación no lineal y la falta de interrelación entre las magnitudes de efecto y los umbrales de DUP prolongada/breve han llevado a la propuesta de que en una etapa muy temprana la psicosis no tratada tiene efectos nocivos, posiblemente en la fase prodrómica tardía. Sin embargo, la aplicación de umbrales muy breves origina confusiones entre DUP, pronóstico y diagnóstico. Las muestras con DUP muy breves posiblemente estén contaminadas con casos de pronóstico favorable (p. ej., psicosis aguda), lo que lleva a un mejor desenlace. El empleo de criterios del DSM-IV (como en este estudio) para diagnosticar a los pacientes con esquizofrenia evita en cierto grado este problema, ya que la inclusión de un criterio de duración de la enfermedad de seis meses para los diagnósticos de esquizofrenia del DSM-III-R/DSM-IV elimina gran parte del efecto pronóstico de la DUP. Así mismo, varios estudios han indicado que si hay un periodo umbral de la DUP entonces este es mayor de un año y puede ser mucho más prolongado que esto. Entre todos los grupos de pacientes, los que tienen esquizofrenia con DUP que supera un año son los que tienen el pronóstico más desfavorable (1,5). Por último, los estudios realizados en países en vías de desarrollo por lo general han notificado DUP mucho más prolongadas que el promedio de 1-2 años que se encuentran en los estudios efectuados en los países desarrollados.

Los resultados de este estudio no necesariamente se contraponen al empleo de las medidas para reducir la DUP, que estarían justificadas simplemente por motivos humanos para mitigar el sufrimiento innecesario causado por la psicosis no tratada (6). Sin embargo, resaltan las incertidumbres que predominan en este campo. Así mismo, señalan la necesidad de más investigaciones para permitir la reducción de la DUP a una meta adecuada de los programas de prevención temprana y la necesidad de mantener un equilibrio entre el entusiasmo y la evidencia de investigación apropiada, sobre todo en los paí-

ses en vías de desarrollo (7). Los recursos psiquiátricos ya de por sí escasos en estos países vuelven indispensable que tales programas de prevención se basen en datos de investigación locales adecuados que relacionen la DUP con el pronóstico.

**Parveen R. Gupta, Subho Chakrabarti,  
Paramanand Kulhara**

*Department of Psychiatry, Postgraduate Institute of Medical Education and Research (PGIMER), Chandigarh  
160012, India*

## Bibliografía

1. Marshall M, Lewis S, Lockwood A et al. Association between duration of untreated psychosis and outcome in cohorts of first-episode patients. A systematic review. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:975-83.
2. Häfner H, Riecher-Rössler A, Hambrecht M et al. IRAOS: an instrument for the assessment of onset and early course of schizophrenia. *Schizophr Res* 1992;6:209-23.
3. Susser E, Finnerty M, Mojtabai R et al. Reliability of the Life Chart Schedule for assessment of the long-term course of schizophrenia. *Schizophr Res* 2000;42:67-77.
4. Black K, Peters L, Rui Q et al. Duration of untreated psychosis predicts treatment outcome in an early psychosis program. *Schizophr Res* 2001;47:215-22.
5. Singh SP. Outcome measures in early psychosis. Relevance of duration of untreated psychosis. *Br J Psychiatry* 2007;191(Suppl. 50):58-63.
6. McGorry PD, Killackey E, Yung A. Early intervention in psychosis: concepts, evidence and future directions. *World Psychiatry* 2008;7:148-56.
7. Ndeti DM. Early intervention in psychosis: concepts, evidence and perspectives. *World Psychiatry* 2008;7:164-5.

# El 15° Congreso Mundial de Psiquiatría (Buenos Aires, del 18 al 22 de septiembre de 2011)

El Congreso Mundial de Psiquiatría organizado por la Asociación Mundial de Psiquiatría (WPA) cada tres años, es el principal acontecimiento científico internacional en el campo de la psiquiatría. El 15° Congreso Mundial tiene por objeto proporcionar un panorama exhaustivo

de los logros que han resistido la prueba del tiempo (nuestro legado) y de las tendencias actuales más promisorias (nuestro futuro) en los diversos campos de la investigación y el ejercicio de la psiquiatría, con la contribución de los expertos más destacados en los diversos temas. Se

está preparando un programa científico excepcional. Ya se han finalizado las 24 Conferencias Principales y los 18 Simposios Centrales los que se enumeran en las tablas 1 y 2.

Además, el programa incluirá Simposios Habituales, Seminarios, Simposios de Sección y Zona de la WPA, Sesiones de Comunicación Verbal, Sesiones de Carteles y Eventos Patrocinados. El plazo límite para enviar los simposios habituales y los seminarios es el 31 de octubre de 2010. El plazo límite para remitir los Simposios de Sección y Zona de la WPA, las Comunicaciones Verbales y los Carteles es el 30 de noviembre de 2010. Las directrices para remitir los materiales pueden encontrarse en la página Web del Congreso ([www.wpa-argentina2011.com.ar](http://www.wpa-argentina2011.com.ar)).

El lenguaje oficial del congreso será inglés. Se contará con traducción simultánea al español y al portugués para las Conferencias Principales, los Simposios Centrales y algunos Simposios Habituales. Se dispondrá de una grabación especial en el programa científico con simposios y sesiones de comunicación oral en español y portugués.

Las becas de ampliación de estudios estarán disponibles para los psiquiatras menores de 40 años de edad y con no más de cinco años de haber concluido su residencia en psiquiatría. Los criterios de selección y las directrices para remitir las solicitudes se pueden consultar en la página Web del Congreso.

Se ha estado organizando un programa muy atractivo de viajes para los participantes en el Congreso y las personas que los acompañan. Se podrán consultar los detalles en la página Web del congreso.

Este Congreso será acontecimiento memorable. Se invita a los psiquiatras de todos los países del mundo a asistir y contribuir.

**Tabla 1.** El 15° Congreso Mundial de Psiquiatría: Conferencias Principales

|       |                                                                              |
|-------|------------------------------------------------------------------------------|
| KL1.  | Sistemas de clasificación y diagnóstico (N. Sartorius)                       |
| KL2.  | Genética de los trastornos psiquiátricos (P. McGuffin)                       |
| KL3.  | Asistencia psiquiátrica extrahospitalaria (G. Thornicroft)                   |
| KL4.  | Rehabilitación psicosocial (R. E. Drake)                                     |
| KL5.  | Cultura y psiquiatría (R. Alarcón)                                           |
| KL6.  | Neuroimágenes en la psicosis (P. McGuire)                                    |
| KL7.  | Psicoterapias cognitivo-conductuales (K. Shear)                              |
| KL8.  | Fenotipos intermedios en la psiquiatría (D. R. Weinberger)                   |
| KL9.  | Psiquiatría y medicina general (T. Wise)                                     |
| KL10. | Enfoque clínico en la esquizofrenia (W. T. Carpenter Jr.)                    |
| KL11. | Enfoque clínico en el trastorno bipolar (E. Vieta)                           |
| KL12. | Enfoque clínico en la depresión mayor (M.E. Thase)                           |
| KL13. | Enfoque clínico en los trastornos de la alimentación (C. Fairburn)           |
| KL14. | Enfoque clínico en los trastornos de la personalidad (A. E. Skodol)          |
| KL15. | Enfoque clínico en los trastornos por ansiedad (D. Stein)                    |
| KL16. | Epidemiología de los trastornos psiquiátricos (R. C. Kessler)                |
| KL17. | Psicoterapias psicodinámicas (P. Fonagy)                                     |
| KL18. | Nuevos y antiguos trastornos por adicción (C. P. O'Brien)                    |
| KL19. | Psiquiatría infantil (J. Rapoport)                                           |
| KL20. | Psiquiatría geriátrica (D. Jeste)                                            |
| KL21. | Consecuencias psiquiátricas del traumatismo y la violencia (A. C. McFarlane) |
| KL22. | Ética y derechos humanos (F. Lolas)                                          |
| KL23. | Salud mental de las mujeres (D. Stewart)                                     |
| KL24. | Epidemiología y prevención del suicidio (M. Phillips)                        |

**Tabla 2.** El 15° Congreso Mundial de Psiquiatría: Simposios Centrales

|       |                                                                                                  |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| CS1.  | Psicopatología funcional (Director: S. Kapur)                                                    |
| CS2.  | Prevención de los trastornos psiquiátricos y promoción de la salud mental (Presidente: S Saxena) |
| CS3.  | La familia de las personas con enfermedades psiquiátricas graves (Presidente: K. T. Mueser)      |
| CS4.  | Interacciones genético ambientales en los trastornos psiquiátricos (Presidente: N. Craddock)     |
| CS5.  | Farmacoterapia en psiquiatría: nuestro legado y nuestro futuro (Presidente: H.-J. Möller)        |
| CS6.  | Resistencia y restablecimiento en personas con trastornos psiquiátricos (Presidente: A. Bellack) |
| CS7.  | Intervenciones iniciales en psiquiatría (Presidente: P. D. McGorry)                              |
| CS8.  | Conflictos, terrorismo y salud mental (Presidente: R. J. Ursano)                                 |
| CS9.  | Cerebro social y cognición social (Presidente: R. I. M. Dunbar)                                  |
| CS10. | Niños con trastornos psiquiátricos se vuelven adultos (Presidente: B. Birmaher)                  |
| CS11. | Globalización y psiquiatría (Presidente: D. Bhugra)                                              |
| CS12. | Tratamientos somáticos no farmacológicos en psiquiatría (Presidente: H. A. Sackeim)              |
| CS13. | Asistencia psiquiátrica en los países de bajos ingresos (Presidente: O. Gureje)                  |
| CS14. | Acceso y apego a la asistencia psiquiátrica (Presidente: V. Patel)                               |
| CS15. | Mejora de la calidad de los servicios psiquiátricos (Presidente: R. Jenkins)                     |



# Proyecto de la WPA en colaboraciones para mejores procedimientos en el trabajo con usuarios de servicios y cuidadores

HELEN HERRMAN

*WPA Secretary for Publications*

La WPA ha invitado a los usuarios de servicios y a los cuidadores de familia a unir su trabajo como miembros de una comisión, reconociendo su contribución esencial a mejorar la psiquiatría en todo país. La comisión está preparando recomendaciones a los psiquiatras de todos los países en torno a los mejores procedimientos para trabajar con los usuarios de servicios y los cuidadores. Aquí se describen las metas y los avances del proyecto por parte de la comisión y sus asesores especiales.

El proyecto fue establecido por el Presidente de la WPA, Profesor Mario Maj, con objeto de apoyar el plan de acción de la WPA para los años 2008 a 2011 (1,2) y una de sus metas: «Apoyar los programas internacionales y nacionales dirigidos a proteger los derechos humanos de personas con trastornos psiquiátricos; promover la participación significativa de estas personas en la planificación y la implantación de los servicios psiquiátricos; fomentar el desarrollo de un ejercicio clínico centrado en la persona en psiquiatría y medicina; y fomentar la igualdad de acceso a los servicios psiquiátricos para personas de diferente edad, género sexual, raza y origen étnico, religión y posición socioeconómica».

Los usuarios de servicios y los cuidadores hasta nuestros días suelen experimentar el estigma y la discriminación en la sociedad (3,4), un acceso insuficiente a la asistencia de problemas de salud mental y somática (5) y tratamiento en condiciones que les roban respeto y dignidad (6,7). Los psiquiatras se integran pidiendo su inclusión en las decisiones relativas al tratamiento y rehabilitación, el desarrollo y la gestión de los servicios, la preparación de una base de conocimiento de investigación, el establecimiento de normatividades y la resolución de problemas de cualquier nivel, sobre todo exclusión social (8-10).

En algunos países de bajos ingresos, las organizaciones extrahospitalarias están colaborando con los profesionales para trabajar eficazmente con grupo de personas antes marginadas (p. ej., 11).

Los usuarios de servicios y sus familias tienen un rol importante en la defensa de los pacientes para mejorar la reputación de la pericia y los servicios de psiquiatría y la de las personas con una experiencia vivida en la salud psiquiátrica. En los últimos años, los usuarios y los cuidadores han intervenido positivamente en una serie de actividades que comprenden la defensa por el apoyo para la investigación, la asistencia y la inclusión social y los proyectos de autoayuda (12-15). La WPA ha cooperado en varios niveles con diferentes organizaciones de usuarios y cuidadores y en simposios tridireccionales en congresos y asociaciones afiliadas, con resultados alentadores (16). Las actividades realizadas en varios países para modificar las actitudes de la sociedad y mejorar la asistencia psiquiátrica han producido resoluciones y directrices (p. ej., 17-19), pero todavía no se ha logrado su amplio uso y los cambios estructurales necesarios.

La comisión ha definido la necesidad primaria de desarrollar un enfoque unificado para la defensa de la salud mental y los derechos humanos al nivel nacional e internacional. El apoyo adecuado para los servicios psiquiátricos y la mejora de la psiquiatría en toda población exige una voz unificada. Para lograr esto se necesitará el respaldo a la capacidad de cada grupo a fin de que trabajen eficazmente en colaboración. Puesto que los usuarios de servicios y los cuidadores familiares suelen carecer de la capacidad para interactuar en igualdad de condiciones con profesionales y autoridades gubernamentales, la ayuda para desarrollar esta capacidad es mutuamente importante para ellos y para la WPA lo mismo que para la comunidad psiquiátrica internacional en general.

Una serie bosquejada de diez recomendaciones sobre los cambios necesarios comienza con la declaración de que

el respeto por los derechos humanos es la base para la asociación satisfactoria para la salud mental. La segunda recomendación es que las leyes, las políticas y el ejercicio clínico pertinente a las vidas y la asistencia de las personas con trastornos psiquiátricos deben implantarse en colaboración con usuarios y cuidadores. La serie prosigue señalando que la mejor asistencia clínica de toda persona en situaciones de rehabilitación o agudas se lleva a cabo mediante la colaboración entre el usuario, los cuidadores y los médicos. Las mejoras en la educación, la investigación y la calidad en la asistencia psiquiátrica también exigen esta colaboración. Otras recomendaciones comprenden mejorar la habilitación de usuarios y cuidadores mediante el desarrollo de grupos de autoayuda; la participación en la planificación de los servicios y en las juntas directivas así como las actividades de las asociaciones profesionales; el empleo de personas con discapacidades psiquiátricas en la provisión de servicios psiquiátricos, los centros extrahospitalarios administrados por usuarios y las casas de clubes psicosociales, así como la creación de programas locales globales contra el estigma. Cada país necesitará directrices específicas para aplicar estas recomendaciones.

El siguiente paso es una amplia consulta y la formación de una red de asesores que incluya personas y organizaciones con la experiencia necesaria. La consulta tendrá lugar con las asociaciones integrantes y otros componentes de la WPA, con otras organizaciones internacionales y a través de una serie de contactos y charlas de grupo con personas y grupos de las bases.

La comisión cuenta con tres miembros que tienen experiencia como usuarios de servicio (Bhargavi Davar, India; Sylvester Katontoka, Zambia; y Jan Wallcraft, Reino Unido); tres con experiencia como cuidadores de familia (Diane Froggatt, Canadá; Hussain Jafri, Paquistán; y Sigrid Steffen, Austria) y seis psiquiatras afiliados a la WPA (Michaela Amering, Austria; Julian Freidin, Australia; He-

len Herrman, Australia, —Presidente, Solomon Rataemane, Sudáfrica; Henrik Wahlberg, Suecia; y Richard Warner, Estados Unidos). Los miembros están asignados en forma individual, aunque varios también tienen puestos directivos en organizaciones pertinentes. Chris Underhill, fundador y director de Basic Needs, es protagonista especial, lo mismo que dos miembros del Comité de Ética de la WPA, su presidente Sam Tyano y Afzal Javed. El Departamento de Psiquiatría y Toxicomanías de la Organización Mundial de la Salud está ayudando con su experiencia y asesoría.

La WPA espera a través del trabajo de la comisión respaldar el avance de la asociación y la participación en todo el mundo; y mejorar el aprendizaje a partir de estas experiencias.

## Bibliografía

1. Maj M. The WPA Action Plan 2008-2011. *World Psychiatry* 2008;7:129-30.
2. Maj M. The WPA Action Plan is in progress. *World Psychiatry* 2009;8:65-6.
3. Schulze B. Mental-health stigma: expanding the focus, joining forces. *Lancet* 2009;373:362-3.
4. Stuart H. Fighting the stigma caused by mental disorders: past perspectives, present activities, and future directions. *World Psychiatry* 2008;7:185-8.
5. Maj M. Physical health care in persons with severe mental illness: a public health and ethical priority. *World Psychiatry* 2009; 8:1-2.
6. Dhanda A, Narayan T. Mental health and human rights. *Lancet* 2007;370:1197-8.
7. Eisenberg L. Psychiatry and human rights: welfare of the patient is in first place. *Psychiatr Danub* 2009;21:266-75.
8. Sartorius N. *Fighting for mental health*. Cambridge: Cambridge University Press, 2002.
9. Warner R. Recovery from schizophrenia and the recovery model. *Curr Opin Psychiatry* 2009;22:374-80.
10. Amering M, Schmolke M. Recovery in mental health. Reshaping scientific and clinical responsibilities. Chichester: Wiley, 2009.
11. Basic Needs. [www.basicneeds.org](http://www.basicneeds.org).
12. Wallcraft J, Schrank B, Amering M. *Handbook of service user involvement in mental health research*. Chichester: Wiley, 2009.
13. Katontoka S. Users' networks for Africans with mental disorders. *Lancet* 2007;370:919-20.
14. Froggatt D, Fadden G, Johnson DL et al. *Families as partners in mental health care: a guidebook for implementing family work*. Toronto: World Fellowship for Schizophrenia and Allied Disorders, 2007.
15. World Health Organization. *Advocacy for mental health*. Geneva: World Health Organization, 2003.
16. Amering M. Trialog - An exercise in communication between consumers, carers and professional mental health workers beyond role stereotypes. *Int J Integr Care* 2010;10 (Suppl.):e014.
17. Mental Health Research Network. [www.mhrn.info](http://www.mhrn.info).
18. European Patients' Forum. [www.eu-patient.eu](http://www.eu-patient.eu).
19. Australian Capital Territory Department of Health. [www.health.act.gov.au](http://www.health.act.gov.au).

