

World Psychiatry

Edición en Español

REVISTA OFICIAL DE LA ASOCIACIÓN MUNDIAL DE PSIQUIATRÍA (WPA)

Volumen 2, Número 3



Diciembre 2004

EDITORIAL

- La cuestión China 129
A. OKASHA

ARTÍCULOS ESPECIALES

- ¿Qué puede hacer la filosofía por la psiquiatría? 130
K.W.M. FULFORD, G. STANGHELLINI, M. BROOME
- Psicoterapia interpersonal: fundamentos y aplicaciones 136
J.C. MARKOWITZ, M.M. WEISSMAN
- Soteria Berna: un entorno terapéutico innovador en la esquizofrenia aguda fundamentado en el abordaje afectivo-lógico 140
L. CIOMPI, H. HOFFMANN

FORUM – PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN EL MUNDO

- Prevención del suicidio: ámbitos de intervención 147
J.M. BERTOLOTE
- Comentarios
- Prevención del suicidio: hay que tomar medidas 152
M.M. SILVERMAN
- Evaluación de la prevención del suicidio: necesidad de enfoques diversos 153
D. WASSERMAN
- La prevención del suicidio es mucho más que una cuestión psiquiátrica 155
D. DE LEO
- Prevención del suicidio en países en vías de desarrollo: ¿dónde debemos comenzar? 156
M. PHILLIPS
- Brasil: necesidad de prevención de la violencia (incluyendo el suicidio) 157
N.J. BOTEGA, L.S.L. GARCIA
- Prevención del suicidio: una necesidad urgente en los países en vías de desarrollo 158
L. VIJAYAKUMAR

- Mirando hacia atrás y hacia adelante. La suicidología y la prevención del suicidio: ¿hay perspectivas? 159
J.P. SCUBRIER

- Comportamiento suicida: comentarios, avances, retos. Una perspectiva europea 161
W. RUTZ

ARTÍCULOS DE INVESTIGACIÓN

- Caracterización premórbida en la esquizofrenia: el Pittsburgh High Risk Study 163
M.S. KESHAVAN, V.A. DIWADKAR, D.M. MONTROSE, J.A. STANLEY, J.W. PETTEGREW
- Aplicación del Eating Attitudes Test (EAT-26) en un grupo de adolescentes de habla zulú residentes en el medio rural de Sudáfrica 169
C.P. SZABO, C.W. ALLWOOD
- Desarrollo de una clasificación *casenix* para los servicios de salud mental en Nueva Zelanda 172
K. EAGAR, P. GAINES, P. BURGESS, J. GREEN, A. BOWER, B. BUCKINGHAM, G. MELLISOP
- ¿Ciencia oculta? Un vistazo a parte de la investigación que se realiza en África 178
O. GUREJE, A. ALEM

INFORMES DE LAS SECCIONES DE LA WPA

- Simultaneidad de trastornos relacionados con sustancias y enfermedad mental: la experiencia norteamericana 182
N. EL-GUEBALY

NOTICIAS DE LA WPA

- El Congreso Internacional de la WPA «Tratamientos en psiquiatría: una actualización» 188
M. MAI

World Psychiatry

Edición en Español

REVISTA OFICIAL DE LA ASOCIACIÓN MUNDIAL DE PSIQUIATRÍA (WPA)

Volumen 2, Número 3



Diciembre 2004

Traducción íntegra de la Edición Original

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

EDICIÓN ORIGINAL

Editor: M. Maj (Italy)

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

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

EDICIÓN EN ESPAÑOL

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

Periodicidad: 3 números al año

Disponible en Internet: www.ArsXXI.com/WP

Consulte nuestra página web donde podrá acceder a nuestras publicaciones

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

 **Ars Medica**

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

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

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

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

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

TODA SUSCRIPCIÓN A NUESTRA REVISTA SE CONSIDERA RENOVADA AUTOMÁTICAMENTE, SALVO COMUNICACIÓN EN CONTRA POR SU PARTE. EL COBRO DE LA SUSCRIPCIÓN, SIGUIENDO LA NORMA INTERNACIONAL DE LA PRENSA, ES CON CARÁCTER ANTICIPADO

© Copyright World Psychiatric Association

Publicado por Psiquiatría Editores, S.L.

Publicación que cumple los requisitos de soporte válido

ISSN: 1697-0683

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

Depósito Legal: B-34.071-2003

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

Reservados todos los derechos.

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

Traducido por Psiquiatría Editores, S.L., del original en lengua inglesa (Volumen 3, Número 2, 2004). La responsabilidad de la traducción recae sólo en Psiquiatría Editores, S.L., y no es responsabilidad de la World Psychiatric Association (WPA).

Translated by Psiquiatría Editores, S.L., from the original English language version (Volume 3, Number 2, 2004). Responsibility for the accuracy of the Spanish language rests solely with Psiquiatría Editores S.L., and is not the responsibility of the World Psychiatric Association (WPA).

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

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

La cuestión China

AHMED OKASHA

President, World Psychiatric Association

La WPA ha recibido a lo largo del tiempo más de 300 denuncias sobre abuso político de la psiquiatría frente a los seguidores del movimiento Falun Gong en China. Durante el XII Congreso Mundial de Psiquiatría, que tuvo lugar en Yokohama, Japón en agosto de 2002, la asamblea general decidió que el Comité Ejecutivo de la WPA estudiara esta cuestión sobre el terreno, mediante el envío de una comisión de investigación a China.

Para preparar esta comisión, el presidente, el ex-presidente y el presidente electo de la WPA, así como el presidente del Committee on Review of Abuse of Psychiatry, de la WPA, se reunieron los días 10 y 11 de enero de 2004 junto con el presidente y el vicepresidente de la Sociedad China de Psiquiatría y el viceministro chino de sanidad. Se decidió que la visita a China tendría lugar a fines de marzo de 2004, con el objetivo de poder estudiar las historias clínicas y entrevistar a los pacientes, a sus familiares y a los médicos, tras la obtención de su consentimiento; esta decisión fue aceptada por el viceministro chino de sanidad y por la Sociedad China de Psiquiatría.

Durante la reunión del Comité Ejecutivo de la WPA que tuvo lugar en El Cairo, Egipto, los días 12 y 13 de febrero de 2004, se designó un equipo de trabajo para que llevara a cabo esta misión. El equipo estuvo constituido por una delegación técnica, independiente y equilibrada, financiada totalmente por la organización central de la WPA. Los miembros de esta delegación fueron O. Steinfeldt-Foss (presidente), M. Kastrup (vicepresidente), F. Allodi (secretario), J. Cox, J. Arboleda-Florez, A. Stone, D. Mousaoui y F. Tan. Las disposiciones prácticas para la realización de la misión se tomaron de manera inmediata. Se acordó que el comienzo de la misión fuera el 4 de abril.

Sólo unas pocas semanas antes de esta fecha, el presidente de la delegación recibió una carta del presidente de Sociedad China de Psiquiatría en la que se modificaron los términos de referencia de la visita con respecto a los que se habían acordado en enero. Por tanto, se suspendió la misión, y el problema quedó en un callejón sin salida.

En mayo de 2004 se dispuso una reunión entre el Comité Ejecutivo de la WPA, el Committee on Review of Abuse of Psychiatry y la delegación sobre la cuestión china, junto con el presidente y el vicepresidente de la Sociedad China de Psiquiatría. Durante la reunión, los representantes de la Sociedad China de Psiquiatría admitieron que había casos en los que algunos psiquiatras chinos no habían diferenciado entre creencias espirituales-culturales y cuadros de delirio, debido a lo cual algunas personas habían

sido diagnosticadas y tratadas erróneamente. Sin embargo, señalaron que este patrón de diagnóstico y tratamiento equivocados había tenido lugar debido a la falta de formación y de capacidad profesional de algunos psiquiatras, no a causa de un abuso sistemático de la psiquiatría. Además, los representantes de la Sociedad China de Psiquiatría aceptaron la revisión de las historias clínicas en varios hospitales en los que podía haber habido casos de diagnóstico y tratamiento erróneos, así como la presentación y discusión de los resultados en una reunión formal con la WPA, de manera que pudieran comprenderse mejor las razones de estos errores.

En el momento presente, la WPA no tiene certeza de que haya existido un abuso político sistemático de la psiquiatría en China. Esto no quiere decir que no hayan existido presiones de origen gubernamental sobre los seguidores de Falun Gong. En este caso, el objetivo de la WPA es la determinación del abuso político de la psiquiatría. Lo que ha quedado claro durante este largo y difícil proceso ha sido la necesidad de ayudar a los colegas chinos en cuestiones relacionadas con la psiquiatría forense, la ética médica, los derechos de los pacientes, la legislación sobre salud mental, el diagnóstico y la clasificación de los trastornos psiquiátricos, para que puedan mejorar el tratamiento de la enfermedad mental en China y prevenir abusos futuros.

A pesar de los obstáculos y las dificultades, la WPA ha podido conseguir pruebas de que, efectivamente, la psiquiatría ha sido mal utilizada en el caso de algunos seguidores de Falun Gong en China. Se han realizado algunos diagnósticos y tratamientos erróneos, y la Sociedad China de Psiquiatría así lo ha reconocido. Estos casos han estado relacionados con la delicada cuestión de considerar las creencias espirituales como cuadros de delirio, con la consiguiente hospitalización y tratamiento mediante fármacos antipsicóticos de personas que no sufrían realmente ninguna enfermedad mental. No ha podido determinarse si los casos de diagnóstico y tratamiento erróneos fueron debidos a ignorancia o a presión política, dada la falta de pruebas fiables. La WPA va a perseverar en sus esfuerzos para realizar una misión de reconocimiento en China, tal como solicitó la asamblea general en Yokohama, con la esperanza de poder aclarar esta cuestión. Como parte de estos esfuerzos, se realizará en Beijing en febrero de 2005 un curso conjunto WPA-Sociedad China de Psiquiatría, con el objetivo de discutir distintos aspectos de los problemas éticos, los derechos humanos, el diagnóstico psiquiátrico y los pasos que deberán realizarse para alcanzar los objetivos de la WPA.

¿Qué puede hacer la filosofía por la psiquiatría?

KENNETH W.M. FULFORD^{1,2,3}, GIOVANNI STANGHELLINI^{3,4}, MATTHEW BROOME^{3,5}

¹Department of Philosophy, University of Warwick, Coventry, UK

²Department of Psychiatry, University of Oxford, UK

³WPA Section on Philosophy and Humanities in Psychiatry

⁴Department of Mental Health, University of Florence, Italy

⁵Institute of Psychiatry, University of London, UK

Este artículo ilustra el impacto de orden práctico producido por los avances más recientes en la filosofía de la psiquiatría en relación con cinco aspectos clave: práctica clínica centrada en el paciente, nuevos modelos de asistencia psiquiátrica, investigación en neurociencias, educación psiquiátrica y organización de la psiquiatría como una disciplina científica internacional centrada en la asistencia de los pacientes. Finalmente, se realizan observaciones sobre el papel que puede desempeñar la filosofía para contrarrestar la estigmatización de los trastornos mentales.

Palabras clave: conceptos de enfermedad, clasificación, neuroimagen, diagnóstico temprano, práctica clínica basada en valores, práctica clínica centrada en el paciente

Según el gran psicólogo y filósofo del siglo xx William James, la filosofía es «un esfuerzo excepcionalmente tozudo para pensar con claridad» (1). La necesidad de un pensamiento claro en psiquiatría tiene su origen en el hecho de que su objeto de estudio plantea de manera especialmente aguda problemas de significación junto con dificultades empíricas. Un reciente foro que ha tenido lugar en *World Psychiatry*, cuyo tema fue «El desafío planteado por la comorbilidad psiquiátrica», ha abordado esta problemática (2). En este foro se han planteado de manera empírica cuestiones como el posible impacto de las clasificaciones psiquiátricas sobre los avances futuros en genética del comportamiento (2, 3), aunque la mayor parte del debate ha girado en torno a dificultades de carácter conceptual: los significados, por ejemplo, de términos clave, como «enfermedad», «trastorno» (4) y «síndrome» (5); las diferencias entre la «fiabilidad» y los diferentes aspectos de la «validez» (6), y las demandas repetidas de que las clasificaciones basadas en categorías y dimensiones reflejen «la propia naturaleza de las cuestiones y no simplemente la forma con la que los clínicos contemplan la naturaleza de las cuestiones» (7).

Tal como señaló Allen Frances en su calidad de presidente del equipo de trabajo que elaboró el DSM-IV (8), una cosa es reconocer la importancia de las dificultades conceptuales existentes en psiquiatría, y otra es hacer algo en relación con ello. Así, este artículo no se centrará en los problemas sino en las soluciones. Durante los últimos años se ha observado un crecimiento importante del trabajo interdisciplinario entre la filosofía y la psiquiatría (9). Sin embargo, más que intentar una revisión completa de esta cuestión, este artículo se centrará en lo que *puede hacer* la filosofía por la psiquiatría, utilizando ejemplos de lo que *ya ha hecho* en cinco aspectos clave: a) práctica clínica centrada en el paciente, b) modelos de asistencia psiquiátrica, c) investigación, d) educación y e) organizaciones internacionales.

PACIENTES: LA FILOSOFÍA COLOCA AL PACIENTE EN PRIMER LUGAR

A través de un nuevo modelo de relación entre los valores y la evidencia, denominado modelo de práctica basada en valores (PBV), la filosofía nos ofrece herramientas específicas para que nuestro trabajo científico tenga un objetivo más centrado en el paciente (10). El modelo PBV es la teoría y la base para

un proceso eficaz de toma de decisiones en salud en el que están implicados diferentes valores (que pueden ser potencialmente contradictorios). El modelo PBV, al igual que la democracia en política, comienza con el respeto a los distintos valores

Tabla 1 Diez puntos para el proceso idóneo en la práctica basada en valores

Práctica clínica

La práctica basada en valores está centrada en el paciente y es multidisciplinaria

1. Centrada en el paciente: la primera fuente de información relativa a los valores en cualquier decisión es la perspectiva ofrecida por el paciente y sus familiares
2. Multidisciplinaria: los diferentes valores de los componentes del equipo multidisciplinario apoyan la aplicación de un abordaje equilibrado para resolver las diferencias

Capacidad clínica

La práctica basada en valores depende de cuatro determinantes clínicos clave

3. Toma de conciencia: de los valores a menudo muy diferentes relativos a una decisión dada
4. Capacidad de razonamiento: para analizar las diferencias existentes entre los valores
5. Conocimiento: de los valores que pueden ser relevantes respecto a una decisión dada (incluyendo la evidencia basada en la investigación)
6. Capacidad de comunicación: para comprender los valores y resolver los conflictos

Investigación

La práctica asistencial basada en valores y la práctica asistencial basada en la evidencia actúan en conjunto

7. Principio de «los dos pies»: todas las decisiones están fundamentadas en hechos y en valores
8. Principio de «la rueda que chirría»: tendemos a considerar los valores sólo cuando entran en conflicto
9. Principio del «motor científico»: el conocimiento científico progresivo crea nuevas posibilidades de elección en la asistencia sanitaria; en las posibilidades de elección se incluyen los valores

Organizaciones

La práctica basada en valores está fundamentada en la colaboración entre las partes que toman decisiones

10. Una nueva alianza: las organizaciones basadas en valores definen las políticas que apoyan la colaboración entre las distintas partes implicadas en los procesos de toma de decisiones relativas a la salud

y está fundamentado en un proceso idóneo para su eficacia práctica.

Tal como se muestra en la tabla 1, el proceso idóneo en el modelo PBV depende de diez puntos clave. El punto de inicio en un proceso idóneo respecto al modelo PBV consiste en prestar una atención cuidadosa a los valores individuales del paciente (punto 1). Sin embargo, en las situaciones de conflicto de valores, el modelo PBV persigue un abordaje equilibrado en el proceso de toma de decisiones clínicas, estableciendo una gama de perspectivas diferentes sobre los valores, representados en este caso por el equipo multidisciplinario (punto 2). A su vez, la obtención de un equilibrio en las diferentes perspectivas sobre los valores depende de cuatro tareas clínicas clave: incremento de la toma de conciencia, capacidad de razonamiento, capacidad de conocimiento y capacidad de comunicación (puntos 3 a 6). Tal como indican los tres puntos siguientes (puntos 7 a 9), el abordaje basado en valores y el basado en la evidencia son complementarios. En particular, tal como ha subrayado David Sackett (uno de los líderes de la práctica basada en la evidencia), ambos abordajes son esenciales para el establecimiento de una relación sólida entre los profesionales, los pacientes y las familias de los pacientes (11). Este aspecto del proceso idóneo en el método PBV queda reflejado en el modelo asociativo del proceso de toma de decisiones, que se resume en el punto 10 de la tabla 1.

Las fuentes filosóficas del modelo PBV son las disciplinas formales abstractas, como el análisis lingüístico, la fenomenología y la hermenéutica (10). Sin embargo, sus aplicaciones prácticas incluyen ya diversas iniciativas tanto terapéuticas (12) como de política y de desarrollo de servicios, en el contexto de la Modernisation Agency del National Health Service (NHS) de Reino Unido (www.connects.org.uk/conferences). En la base de todas estas iniciativas hay un cuaderno de trabajo que recoge las capacidades del método PBV (13). Este cuaderno de trabajo, que es el resultado de una colaboración específica entre un departamento de filosofía (en la Warwick University) y una institución asistencial con capacidad formativa (el Sainsbury Centre for Mental Health), ha sido presentado recientemente en Londres por la responsable del ministerio que se ocupa de la salud mental, Rosie Winterton, y constituirá el fundamento para la formación del personal clínico de primera línea asistencial desde abril del año próximo en todas las regiones de Inglaterra y Gales en las que el NHS tiene competencias.

El desarrollo futuro del método PBV estará apoyado por un animado programa internacional de investigación ya en curso. Uno de los aspectos más importantes de este programa de investigación es el papel que desempeñan los valores en la clasificación y el diagnóstico. El psiquiatra norteamericano John Sadler, coeditor (junto con Fulford) de la revista internacional *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, ha tenido una actividad especialmente intensa en este campo (14, 15). En una reunión profesional relativa a los métodos de investigación, que tuvo lugar el año pasado en Londres, sufragada por el gobierno británico, se estableció la conexión entre el trabajo relativo al papel que desempeñan los valores en el diagnóstico y las distintas fuentes de éstos: fenomenológicas (16, 17), empíricas (18) y filosóficas. Este trabajo contribuirá al desarrollo de modelos más globales en la clasificación psiquiátrica, a través del trabajo de las secciones de la WPA: la Sección de filosofía y humanidades en psiquiatría y la Sección de clasificación, diagnóstico, evaluación y nomenclatura (19).

También se está realizando una investigación sobre los aspectos educativos. Werdie van Staden, psiquiatra y filósofo en la Pretoria University y fundador (junto con Tuviah Zabow de the Cape-town University) del Grupo de interés especial por la filosofía en la Sociedad Sudafricana de Psiquiatría, ha establecido, junto con

la Warwick University Medical School, un programa sobre investigación en educación dirigido a estudiantes de medicina, con el objetivo de determinar la eficacia de la formación en el método PBV.

ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA: LA FILOSOFÍA APOYA LOS NUEVOS MODELOS ASISTENCIALES

En muchas partes del mundo, los servicios de salud mental son prestados hoy en día por equipos multidisciplinarios. Estos equipos permiten la aplicación de diferentes abordajes asistenciales (médico, psicológico, social, etc.) para solucionar las necesidades de los pacientes. Sin embargo, el trabajo en equipo se suele acompañar de conflictos y fallos en la comunicación, con el resultado de que los pacientes presentan riesgo de quedar desatendidos por la ausencia de un proceso de toma de decisiones en colaboración (20). Además, en algunas culturas se utilizan modelos muy distintos de enfermedad, por ejemplo, culturas en las que los grupos familiares y las redes sociales tienen una valoración mucho mayor que la autonomía individual (21).

En un estudio en el que combinan el trabajo filosófico sobre los conceptos de enfermedad con los métodos empíricos de las ciencias sociales, Anthony Colombo y cols., de la Warwick University, han demostrado que estas dificultades en el trabajo que realizan los equipos multidisciplinarios suelen estar fundamentadas en diferencias no reconocidas en los modelos de enfermedad (22). A pesar de la gran controversia en torno al concepto de enfermedad mental, la mayor parte de los profesionales de la salud mental de hoy en día prefiere trabajar en el contexto de un modelo biopsicosocial compartido (23). Sin embargo, lo que señalan Colombo y cols. en su estudio es que en la práctica asistencial, a menudo sin que nadie sea consciente de ello, las distintas disciplinas profesionales trabajan realmente sobre modelos implícitos muy diferentes; ello da origen a conflictos y dificultades en el trabajo en equipo multidisciplinario. Actualmente se están realizando estudios similares al proyecto de Colombo y cols. en la Linköping University de Suecia y en el Maudsley Hospital de Londres.

El estudio de Colombo y cols. ilustra uno de los roles generales de la filosofía en la psiquiatría. Tal como ha señalado el filósofo de Oxford J. L. Austin, el resultado característico del «razonamiento claro» filosófico es el de ofrecer un cuadro más completo del significado de conceptos complejos, por medio del cual es posible comprender el mundo circundante (24).

La fenomenología y las tendencias cercanas, como el existencialismo y la hermenéutica, son especialmente útiles para ofrecer un cuadro «más completo». Tal como señaló Karl Jaspers (25,26) la fenomenología proporciona diversas herramientas prácticas para trabajar, en psicopatología, con los significados personales y con los resultados científicos. Ésta es una consideración importante en lo que se refiere a la investigación (v. más adelante). Sin embargo, la fenomenología y las disciplinas relacionadas ya están generando nuevos modelos asistenciales relacionados de manera más directa con el individuo y con los significados culturales. Estos modelos son: el propuesto por el psiquiatra y filósofo irlandés Patrick Bracken, que aplica la fenomenología de Heidegger para sustentar nuevos abordajes en el tratamiento del trastorno de estrés postraumático en las sociedades tradicionales (27); el modelo que utiliza el análisis discursivo para mejorar la comunicación con los pacientes que sufren enfermedad de Alzheimer, propuesto por el psicólogo y filósofo norteamericano Steven Sabat (28), y el modelo de toma de decisiones conjuntas, también sobre pacientes con enfermedad de Alzheimer, propuesto por el filósofo holandés Guy Widdershoven, en el que se aplica el concepto de «círculo hermenéutico» (29).

INVESTIGACIÓN: LA FILOSOFÍA ESTABLECE UNA NUEVA CONEXIÓN ENTRE LA MENTE Y EL CEREBRO EN EL CAMPO DE LA INVESTIGACIÓN

No es casualidad que la aparición de una nueva y vigorosa filosofía de la psiquiatría durante los últimos años del siglo xx haya coincidido con los avances espectaculares que han tenido lugar en las neurociencias (9). Tampoco lo es que una neurocientífica, Nancy Andreasen, haya señalado que las neurociencias constituyen uno de los factores que están impulsando los problemas filosóficos tradicionales, como la naturaleza de la identidad personal y el conocimiento que tenemos de «otras mentes», hacia los puestos principales de los problemas a los que se enfrenta la psiquiatría (30).

Ciertamente, la nueva filosofía de la psiquiatría no esquiva el abordaje de problemas de esta magnitud (31-33). Por ejemplo, los estudios de neuroimagen cerebral sobre la histeria realizados por el psiquiatra británico Sean Spence plantean, de la manera ya prevista por Andreasen, diversos problemas tradicionales de la psiquiatría (34); además, un programa de investigación conjunto entre la Warwick University, la Oxford University y el Institute of Psychiatry de Londres, sufragado por el McDonnell-Pew Centre for Cognitive Neuroscience de Oxford, ha sentado juntos a filósofos, neurocientíficos y pacientes en un estudio cooperativo sobre la esquizofrenia publicado en un número doble especial de *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, editado por el filósofo de Warwick Christoph Hoerl (35).

En cualquier caso, la nueva filosofía de la psiquiatría se está relacionando de manera más directa con la investigación en neurociencias a través de la tradición fenomenológica centrada en la experiencia subjetiva (36-39). En particular, los estudios de neuroimagen exigen métodos más sofisticados para caracterizar y definir los contenidos de la experiencia y para analizar la relación entre éstos y el funcionamiento cerebral (40,41). Por ejemplo, el trabajo del grupo Cologne sobre la detección precoz y la predicción de los procesos psicóticos está fundamentado directamente en métodos fenomenológicos (42). No obstante, la investigación en esta área es un proceso de dos direcciones, en el que la fenomenología y la filosofía de la mente también recurren a los ricos aportes proporcionados por la psicopatología (43, 44).

Por supuesto, en el campo de las aplicaciones potenciales de la fenomenología a la psicopatología ocupó tempranamente un lugar destacado Karl Jaspers (45), quizá el primer filósofo psiquiatra. Fundamentada en la fuerte tradición de trabajo conceptualmente informado acerca de la clasificación y el diagnóstico, que tuvo lugar durante el siglo xx (46, 47), la nueva filosofía de la psiquiatría ha utilizado conceptos de Jaspers para establecer una relación entre significados y causas en el contexto de la psicopatología (48-51). Sin embargo, en diversos países europeos (especialmente, Francia, Alemania e Italia), así como en Japón y en Sudamérica (9), se mantuvo la fuerte tradición del trabajo fenomenológico durante la mayor parte del siglo xx.

El alcance de este artículo no permite siquiera citar a los numerosos y distinguidos nuevos exponentes de esta tradición. Las áreas de trabajo principales son los síntomas específicos (52-55) y diversas cuestiones más generales de nosología psiquiátrica (56). En varias recopilaciones recientes (9,57) se incluyen diversos ejemplos del trabajo realizado en esta área basado en el pensamiento de los principales filósofos fenomenólogos del siglo xx, como Martin Heidegger, Maurice Merleau-Ponty y Jean Paul Sartre; los nuevos trabajos se publican y comentan de manera regular en la sección de Historia y filosofía de *Current Opinion in Psychiatry* (p. ej., 58); además, en uno de los volúmenes de la nueva serie de la Oxford University Press sobre perspectivas internacio-

nales en filosofía y psiquiatría se ofrecerá un abordaje más detallado de todo ello (59).

EDUCACIÓN: LA FILOSOFÍA CONTRIBUYE A LA FORMACIÓN GENÉRICA EN EDUCACIÓN PSQUIÁTRICA

La investigación en el campo de la filosofía de la psiquiatría requiere la misma formación de alto nivel que cualquier otra disciplina técnica. Sin embargo, en lo que se refiere a la educación y la formación, la filosofía ofrece una contribución más amplia a la psiquiatría mediante el desarrollo de capacidades genéricas de razonamiento (el «razonamiento claro» del aforismo de William James [véase lo ya señalado]) que son esenciales en todas las áreas de la práctica clínica.

El manual de formación sobre el método PBV, ya citado, es un buen ejemplo de la eficacia de la filosofía en este contexto (13). Los ejercicios utilizados para el desarrollo de la capacidad de aplicación del método PBV están fundamentados directamente en las ideas de filósofos como J.L. Austin (24) y R.M. Hare (60), que trabajaron en las áreas más abstractas de la teoría filosófica de los valores. No obstante, en estudios preliminares estos ejercicios formativos han sido especialmente bien recibidos, no por los psiquiatras académicos, sino por las organizaciones de ayuda a los pacientes, por los profesionales de enfermería de la salud mental, por los asistentes sociales y por otros profesionales que ejercen en campos tan conflictivos de la asistencia sanitaria psiquiátrica de primera línea como la intervención en cuadros de crisis y otras situaciones que requieren acciones enérgicas (61).

En la última revisión del programa propuesto por el Royal College of Psychiatrists para la formación superior en psiquiatría (el «MRCPsych») se introduce el exhaustivo estudio de la filosofía de la psiquiatría (62). Además de las otras fuentes citadas en este artículo, la formación en esta área incluirá los principales aportes de la filosofía clásica (63, 64) y de la historia del pensamiento (65, 66).

ORGANIZACIONES: LA FILOSOFÍA PROMUEVE UNA SOCIEDAD ABIERTA «INTERNACIONAL» EN SALUD MENTAL

La psiquiatría se diferencia del resto de las disciplinas médicas por el hecho de que es especialmente vulnerable al uso abusivo por motivos de control político o social. Los notorios «delirios de reformismo», en función de los cuales los disidentes políticos de la antigua Unión Soviética eran diagnosticados como «esquizofrénicos», son sólo un ejemplo de la vulnerabilidad en este contexto (67).

La prevención de estas formas de abuso incluye la aplicación de una amplia gama de recursos políticos, científicos, legales y educativos. La filosofía contribuye en términos generales a todas estas áreas a través de sus estudios interculturales (68) e históricos (69, 70), eruditos y políticos (71). Entre otros resultados, estos trabajos demuestran que la vulnerabilidad inherente de la psiquiatría en este aspecto se debe a la pérdida del equilibrio entre las diferentes perspectivas. En la antigua Unión Soviética, los juicios diagnósticos estaban distorsionados por el predominio excesivo de la ética soviética (72). Este predominio dio lugar a una forma de ceguera conceptual originada en lo que el filósofo político del siglo xvii y fundador del empirismo británico John Locke denominó «entusiasmo» (73). Nosotros mismos hemos padecido «entusiasmos» similares en la psiquiatría a lo largo del siglo xx. Por ejemplo, respecto al psicoanálisis en EEUU y, recientemente,

respecto a un estrecho modelo de «psiquiatría biológica» en algunos países (74).

Sólo podemos contrarrestar estos «entusiasmos» manteniendo lo que Jim Birley, ex-presidente del Royal College of Psychiatrists y fundador de la organización reformista Geneva Initiative for Psychiatry, ha denominado una «sociedad abierta» en la psiquiatría internacional (75). La nueva filosofía de la psiquiatría contribuirá a mantener este tipo de sociedad abierta, en parte a través del cuadro completo de la estructura conceptual del sujeto, que es –como ya se ha señalado– su resultado característico, y también –fundamentalmente– a través de su propia organización como disciplina abierta y colegiada, fundamentada en el pluralismo metodológico y en la diversidad intelectual y cultural (9).

Los futuros avances internacionales en la filosofía de la psiquiatría serán apoyados por la International Network for Philosophy and Psychiatry (INPP), iniciada en Sudáfrica como parte de la reunión bianual de 2002 de la Sociedad Sudafricana de Psiquiatría presidida por los profesores Tuvia Zabow y Werdie van Staden. La INPP ha sido creada para apoyar a las organizaciones locales, nacionales y particulares. En estrecha colaboración con las nuevas secciones de la WPA y de la European Psychiatric Association, la INPP tiene el objetivo de contribuir al desarrollo de la psiquiatría internacional como una «sociedad abierta» fuertemente dinámica, como la concebida por Jim Birley.

CONCLUSIONES: LA FILOSOFÍA COLOCA EN PRIMER LUGAR A LA PSIQUIATRÍA

Quizá las dificultades más importantes con las que la psiquiatría finalizó el siglo XX estuvieron en relación con la estigmatización continuada, tanto de los pacientes como de los profesionales. A pesar de los avances en neurociencias, la psiquiatría todavía era contemplada por muchos como una disciplina «no científica» (76), y los trastornos mentales seguían asociándose, injustificadamente, con situaciones negativas, tales como la violencia y la imposibilidad de tratamiento (12).

Al ofrecer un cuadro más completo de la estructura conceptual de la psiquiatría, la filosofía demuestra que su objeto de estudio, lejos de ser deficiente desde el punto de vista científico, es solamente *más difícil* que el de otras ramas de la asistencia sanitaria. La filosofía es importante en psiquiatría por la misma razón por la que es importante en física teórica. Ambas disciplinas requieren un razonamiento claro acerca de los conceptos y de los sofisticados instrumentos científicos que permiten la obtención de datos.

Sin embargo, a medida que se avanza en el siglo XXI, otras áreas de la medicina, además de la psiquiatría, se enfrentan a dificultades conceptuales cada vez mayores, en relación con los avances científicos (77). Por tanto, al fundamentarse en la filosofía para abordar las cinco áreas clave reseñadas en este artículo, la psiquiatría —lejos de permanecer en segunda fila con respecto al resto de la medicina, tal como ocurrió durante el siglo XX— se ha convertido en la disciplina líder de la ciencia médica durante el siglo XXI.

Agradecimientos

La tabla está basada en la figura publicada en Woodbridge K, Fulford KWM. *Whose values? A workbook for values based practice in mental health care*. London: Sainsbury Centre for Mental Health (en fase de publicación); agradecemos al Sainsbury Centre for Mental Health de Londres el permiso para su reproducción en este artículo.

World Psychiatry 2004; 3: 130-135

Bibliografía

1. James W. Review of Grunzunge der Physiologischen Psychologie, by Wilhelm Wundt (1975). In: Essays, comments and reviews. Cambridge: Harvard University Press, 1987:296.
2. Pincus HA, Tew JD, First MB. Psychiatric comorbidity: is more less? *World Psychiatry* 2004;3:18-23.
3. Regier DA. State-of-the-art psychiatric diagnosis. *World Psychiatry* 2004;3:25-6.
4. Cooper J. Disorders are different from diseases. *World Psychiatry* 2004;3:24.
5. Jablensky A. The syndrome – an antidote to spurious comorbidity? *World Psychiatry* 2004;3:24-5.
6. Murthy RS. Psychiatric comorbidity presents special challenges in developing countries. *World Psychiatry* 2004;3:28.
7. Lilienfeld SO, Waldman RD. Comorbidity and Chairman Mao. *World Psychiatry* 2004;3:26-7.
8. Frances A. Preface. In: Sadler JZ, Wiggins OP, Schwartz MA (eds). Philosophical perspectives on psychiatric diagnostic classification. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1994: vii-ix.
9. Fulford KWM, Morris KJ, Sadler JZ et al. Past improbable, future possible: the renaissance in philosophy and psychiatry. In: Fulford KWM, Morris KJ, Sadler JZ et al (eds). Nature and narrative: an introduction to the new philosophy of psychiatry. Oxford: Oxford University Press, 2003:1-41.
10. Fulford KWM. Ten principles of values-based medicine. In: Radden J (ed). The philosophy of psychiatry: a companion. New York: Oxford University Press, 2004:205-34.
11. Sackett DL, Straus SE, Scott Richardson W et al. Evidence-based medicine: how to practice and teach EBM, 2nd ed. Edinburgh: Churchill Livingstone, 2000.
12. Allott P, Loganathan L, Fulford KWM. Discovering hope for recovery. *Can J Commun Ment Health* 2002;21:13-33.
13. Woodbridge K, Fulford KWM. Whose values? A workbook for values-based practice in mental health care. London: Sainsbury Centre for Mental Health (in press).
14. Sadler JZ. Epistemic value commitments in the debate over categorical vs. dimensional personality diagnosis. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology* 1996;3:203-22.
15. Sadler JZ (ed). Descriptions and prescriptions: values, mental disorders, and the DSMs. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2002.
16. Stanghellini G. Vulnerability to schizophrenia and lack of common sense. *Schizophr Bull* 2000;26:775-87.
17. Stanghellini G. Deanimated bodies and disembodied spirits. Essays on the psychopathology of common sense. Oxford: Oxford University Press, 2004.
18. Tan JOA, Hope T, Stewart A et al. Competence to make treatment decisions in anorexia nervosa: thinking processes and values. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology* (in press).
19. Mezzich JE. Comprehensive diagnosis: a conceptual basis for future diagnostic systems. *Psychopathology* 2002;35:162-5.
20. Onyett S. Teamworking in mental health. Basingstoke: Palgrave MacMillan, 2003.
21. Okasha A. Ethics of psychiatric practice: consent, compulsion and confidentiality. *Curr Opin Psychiatry* 2000;13:693-8.
22. Colombo A, Bendelow G, Fulford KWM et al. Evaluating the influence of implicit models of mental disorder on processes of shared decision making within community-based multi-disciplinary teams. *Soc Sci Med* 2003;56:1557-70.
23. Fulford KWM. Mental illness: definition, use and meaning. In: Post SG (ed). Encyclopedia of bioethics, 3rd ed. New York: Macmillan, 2003.
24. Austin JL. A plea for excuses. Proceedings of the Aristotelian Society 1956-7;57:1-30. Reprinted in: White AR (ed). The philosophy of action. Oxford: Oxford University Press, 1968:19-42.

25. Jaspers K. (1913) Causal and meaningful connexions between life history and psychosis. In: Hirsch SR, Shepherd M (eds). *Themes and variations in European psychiatry*. Bristol: Wright, 1974:83-93.
26. Jaspers K. The phenomenological approach in psychopathology. *Zeitschrift für die Gesamte Neurologie und Psychiatrie* 1913;9:391-408 (English translation: *Br J Psychiatry* 1968;114:1313-23).
27. Bracken P. *Trauma: culture, meaning and philosophy*. London: Whurr, 2002.
28. Sabat SR. *The experience of Alzheimer's disease: life through a tangled veil*. Oxford: Blackwell, 2001.
29. Widdershoven G, Widdershoven-Heerding I. Understanding dementia: a hermeneutic perspective. In: Fulford KWM, Morris KJ, Sadler JZ et al (eds). *Nature and narrative: an introduction to the new philosophy of psychiatry*. Oxford: Oxford University Press, 2003;103-11.
30. Andreasen NC. *Brave new brain: conquering mental illness in the era of the genome*. Oxford: Oxford University Press, 2001.
31. Glover J. *The philosophy and psychology of personal identity*. London: Penguin, 1988.
32. Graham G, Lynn Stephens G. An introduction to philosophical psychopathology: its nature, scope, and emergence. In: Graham G, Lynn Stephens G (eds). *Philosophical psychopathology*. Cambridge: MIT Press, 1994:1-23.
33. Hobson P. *The cradle of thought*. London: MacMillan, 2002.
34. Spence SA. Free will in the light of neuropsychiatry. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology* 1996;32:75-90.
35. Hoerl C. Introduction: understanding, explaining, and intersubjectivity in schizophrenia. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology* 2001;8:83-8.
36. Sims A, Mundt C, Berner P et al. Descriptive phenomenology. In: Gelder M, Lopez-Ibor JJ, Andreasen NC (eds). *New Oxford textbook of psychiatry*. Oxford: Oxford University Press, 2000:55-70.
37. Parnas J, Zahavi D. The link: philosophy-psychopathology-phenomenology. In: Zahavi D (ed). *Exploring the self*. Amsterdam: Benjamins, 2000:1-16.
38. Pringuey D, Kohl FS (eds). *Phenomenology of human identity and schizophrenia*. Nice: Association Le Cercle Herméneutique, Société d'Anthropologie Phénologique et d'Herméneutique Générale.
39. Blankenburg W. Phänomenologie als Grundlagendisziplin der Psychiatrie. *Fundamenta Psychiatrica* 1991;5:92-101.
40. Bolton D, Hill J. Mind, meaning and mental disorder: the nature of causal explanation in psychology and psychiatry, 2nd ed. Oxford: Oxford University Press, 2004.
41. Thornton T. Reasons and causes in philosophy and psychopathology. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology* 1997;4:307-18.
42. Klosterkötter J. Diagnosing schizophrenia in the initial prodromal phase. *Arch Gen Psychiatry* 2001;58:158-64.
43. Gipps R, Fulford KWM. Understanding the clinical concept of delusion: from an estranged to an engaged epistemology. *Int Rev Psychiatry* (in press).
44. Wilkes KV. *Real people: personal identity without thought experiments*. Oxford: Clarendon, 1988.
45. Jaspers K. *Allgemeine Psychopathologie*. Berlin: Springer, 1913.
46. Wing JK, Cooper JE, Sartorius N. *Measurement and classification of psychiatric symptoms*. Cambridge: Cambridge University Press, 1974.
47. Kendell RE. *The role of diagnosis in psychiatry*. Oxford: Blackwell, 1975.
48. Harré R. *Pathological autobiographies*. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology* 1997;4:99-110.
49. Gillett G. *The mind and its discontents*. Oxford: Oxford University Press, 1999.
50. Glas G. (2003) Anxiety - animal reactions and the embodiment of meaning. In: Fulford KWM, Morris KJ, Sadler JZ et al (eds). *Nature and narrative: an introduction to the new philosophy of psychiatry*. Oxford: Oxford University Press, 2003:231-49.
51. Van Staden CW, Fulford KWM. Changes in semantic uses of first person pronouns as possible linguistic markers of recovery in psychotherapy. *Aust N Zeal J Psychiatry* 2004;38:226-32.
52. Sass LA. *The paradoxes of delusion: Wittgenstein, Schreber, and the schizophrenic mind*. Cornell: Cornell University Press, 1995.
53. Musalek M. Meanings and causes of delusions. In: Fulford KWM, Morris KJ, Sadler JZ et al (eds). *Nature and narrative: an introduction to the new philosophy of psychiatry*. Oxford: Oxford University Press, 2003:155-69.
54. Morris KJ. The phenomenology of body dysmorphic disorder: a Sartrean analysis. In: Fulford KWM, Morris KJ, Sadler JZ et al (eds). *Nature and narrative: an introduction to the new philosophy of psychiatry*. Oxford: Oxford University Press, 2003:270-4.
55. Heinimaa M. Incomprehensibility. In: Fulford KWM, Morris KJ, Sadler JZ et al (eds). *Nature and narrative: an introduction to the new philosophy of psychiatry*. Oxford: Oxford University Press, 2003:217-30.
56. Kraus A. (2003) How can the phenomenological-anthropological approach contribute to diagnosis and classification in psychiatry? In: Fulford KWM, Morris KJ, Sadler JZ et al (eds). *Nature and narrative: an introduction to the new philosophy of psychiatry*. Oxford: Oxford University Press, 2003:199-216.
57. Radden J (ed). *The philosophy of psychiatry: a companion*. New York: Oxford University Press (in press).
58. Mishara AL, Parnas J, Naudin J. Forging the links between phenomenology, cognitive neuroscience, and psychopathology: the emergence of a new discipline. *Curr Opin Psychiatry* 1998;11:567-73.
59. Parnas J, Sass L, Stanghellini G et al. The vulnerable self: the clinical phenomenology of the schizophrenic and affective spectrum disorders. Oxford: Oxford University Press (in press).
60. Hare RM. *The language of morals*. Oxford: Oxford University Press, 1952.
61. Woodbridge K, Fulford KWM. Good practice? Values-based practice in mental health. *Mental Health Practice* 2003;7:30-4.
62. Royal College of Psychiatrists. *Curriculum for basic specialist training and the MRCPsych examination*. London: Royal College of Psychiatrists, 2001.
63. Nordenfelt L. The stoic conception of mental disorder: the case of Cicero. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology* 1997;4:285-92.
64. Megone C. Aristotle's function argument and the concept of mental illness. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology* 1998;5:187-202.
65. Arens K. Wilhelm Griesinger: psychiatry between philosophy and praxis. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology* 1996;3:147-64.
66. Berrios GE. *The history of mental symptoms*. Cambridge: Cambridge University Press, 1996.
67. Bloch S, Reddaway P. *Russia's political hospitals: the abuse of psychiatry in the Soviet Union*. London: Gollancz, 1997.
68. Hayashi M, Kitamura T. Euthanasia trials in Japan: implications for legal and medical practice. *Int J Law Psychiatry* 2002;25:557-71.
69. Mundt CH. The history of psychiatry in Heidelberg. In: Spitzer M, Uehlein F, Schwartz MA et al (eds). *Phenomenology, language and schizophrenia*. New York: Springer, 1992:16-31.
70. Robinson D. *Wild beasts and idle humours*. Cambridge: Harvard University Press, 1996.
71. Matthews E. Moralism or therapist? Foucault and the critique of psychiatry. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology* 1995;2:19-30.
72. Fulford KWM, Smirnoff AYU, Snow E. Concepts of disease and the abuse of psychiatry in the USSR. *Br J Psychiatry* 1993;162:801-10.
73. Locke J. *An essay concerning human understanding* (Nidditch PH ed). Oxford: Clarendon, 1979.

74. Kramer PD. *Listening to Prozac*, 2nd ed. Harmondsworth: Penguin, 1997.
75. Birley J. Psychiatric ethics: an international open society. In: Dickenson D, Fulford KWM (eds). *Two minds: a casebook of psychiatric ethics*. Oxford: Oxford University Press, 2000:327-35.
76. Phillips J. Conceptual models for psychiatry. *Curr Opin Psychiatry* 2000;13:683-88.
77. Fulford KWM. Teleology without tears: naturalism, neo-naturalism and evaluationism in the analysis of function statements in biology (and a bet on the twenty-first century). *Philosophy, Psychiatry, & Psychology* 2000;7:77-94.

Psicoterapia interpersonal: fundamentos y aplicaciones

JOHN C. MARKOWITZ^{1,2}, MYRNA M. WEISSMAN²

¹Weill Medical College of Cornell University, 525 East 68th Street, New York, NY 10021, USA

²New York State Psychiatric Institute, 1051 Riverside Drive, New York, NY 10032, USA

En este artículo se describen brevemente los principios fundamentales y algunas de las aplicaciones clínicas de la psicoterapia interpersonal (PIP), una forma de tratamiento de los trastornos del estado de ánimo limitada en el tiempo y validada desde el punto de vista empírico. La PIP ha sido evaluada con buenos resultados en una serie de ensayos clínicos sobre pacientes con trastornos del estado de ánimo y, con una frecuencia cada vez mayor, en estudios sobre pacientes con trastornos no relacionados con el estado de ánimo; además, se la ha evaluado en tratamientos agudos y crónicos, así como en diferentes formatos de tratamiento. A consecuencia de los buenos resultados obtenidos en los estudios de investigación, la PIP está pasando de los ensayos clínicos a la práctica clínica en diferentes países de todo el mundo.

Palabras clave: psicoterapia interpersonal, trastornos del estado de ánimo, trastornos no relacionados con el estado de ánimo, formatos terapéuticos, proceso terapéutico, formación

El reconocimiento de los trastornos depresivos como cuadros que tienen una gran prevalencia, asociados a una morbilidad importante, una posible mortalidad y un coste económico elevado (1), ha acelerado el interés por su tratamiento. La farmacoterapia ha dado lugar a efectos beneficiosos evidentes en los tratamientos agudo y crónico de los síndromes principales de alteración del estado de ánimo, es decir, del trastorno depresivo mayor, del trastorno distímico y del trastorno bipolar (2). Los antidepresivos son útiles en la mayor parte de los pacientes y mantienen sus efectos mientras los pacientes siguen tomando la medicación; no obstante, todos los tratamientos tienen límites. Una proporción significativa de pacientes que responde a la medicación sufre síntomas residuales que predisponen a la recidiva de su trastorno del estado de ánimo. Otros pacientes no responden a la medicación, rechazan tomarla o, en muchas zonas del mundo, simplemente no pueden pagarla. Las distintas formas de psicoterapia pueden ser útiles en todos estos pacientes.

Las dos intervenciones psicoterapéuticas empíricas principales en los pacientes con trastornos del estado de ánimo son la terapia cognitivo-conductual (3) y la psicoterapia interpersonal (PIP) (4). Ambas intervenciones están centradas en el diagnóstico, son limitadas en el tiempo y constituyen tratamientos cuyo fundamento en el momento presente es el de ayudar a los pacientes a controlar su estado de ánimo y su funcionamiento. La PIP está basada en los denominados factores comunes de la psicoterapia: una alianza terapéutica en la que el terapeuta interactúa de manera empática con el paciente, lo ayuda a sentirse comprendido, lo estimula afectivamente, le ofrece un fundamento claro y un ritual terapéutico, y le aporta experiencias apropiadas (5). Sobre estos principios, la PIP está fundamentada en dos conceptos básicos:

- La depresión es una enfermedad médica y no un problema o defecto personal del paciente; además, es una enfermedad susceptible de tratamiento. Esta definición permite caracterizar el problema y evitar la autoacusación del paciente por sus síntomas.
- El estado de ánimo y la situación vital son aspectos relacionados. Fundamentada en la teoría interpersonal y en la investigación psicosocial sobre la depresión (6), la PIP establece una relación de tipo práctico entre el estado de ánimo del paciente y los acontecimientos vitales negativos que desencadenan un trastorno del estado de ánimo o que aparecen después de su inicio.

La investigación ha demostrado que la depresión es frecuente después de un cambio negativo en el entorno interpersonal del

paciente, como la muerte de un ser querido (*pérdida complicada*), la disputa intensa con una persona significativa para el paciente (*función de disputa*), o algún otro cataclismo vital: un desplazamiento geográfico o un cambio profesional, el comienzo o el final de un matrimonio o de alguna otra forma de relación personal, o el padecimiento de una enfermedad física (*función de transición*). Una vez que el paciente presenta depresión, los síntomas de la enfermedad alteran su funcionamiento interpersonal, y comienzan a aparecer las consecuencias negativas. Aunque estas observaciones parecen de sentido común, muchos pacientes con depresión se vuelven hacia sí mismos de forma acusatoria y dejan de establecer contacto con su entorno. Tanto si los acontecimientos vitales adversos anteceden a la alteración del estado de ánimo como si surgen tras ella, la tarea del paciente en el tratamiento es la solución de sus acontecimientos vitales adversos, elaborando estrategias para el mantenimiento de las relaciones sociales y ayudándolo a organizar su propia vida. En los casos en los que el paciente puede resolver el problema vital, los síntomas depresivos también suelen desaparecer. Esta asociación ha sido observada en varios ensayos clínicos en los que se ha demostrado la eficacia de la PIP en los pacientes con depresión mayor.

ESTRUCTURA DEL TRATAMIENTO

La PIP es un tratamiento limitado en el tiempo (en el tratamiento agudo, 12-16 semanas) que se realiza en tres fases: las fases inicial (1-3 sesiones), intermedia y final (3 sesiones). La fase inicial requiere que el terapeuta identifique el diagnóstico objetivo (trastorno depresivo mayor) y el contexto interpersonal en el que se establece este diagnóstico. Para establecer el diagnóstico de depresión mayor, el terapeuta debe seguir los criterios del DSM-IV (7) o la ICD-10 y debe utilizar herramientas para la determinación de la gravedad, como la Escala de Depresión de Hamilton (8) o el Inventario de Depresión de Beck (9), con objeto de caracterizar el problema como una enfermedad y no como un problema idiosincrásico del paciente. Además, el terapeuta realiza un «inventario interpersonal», es decir, una revisión de los patrones de relación del paciente, de su capacidad para las relaciones íntimas y, especialmente, de sus relaciones actuales. El objetivo del tratamiento está centrado en estas últimas: puede haber tenido lugar el fallecimiento de una persona importante para el paciente (*pérdida complicada*), puede existir una situación de lucha o disputa con alguna persona importante para el paciente (*función de disputa*), o puede haber sufrido algún cambio vital importante

(*función de transición*); en los casos relativamente infrecuentes en los que no tiene lugar ninguno de estos factores, el objetivo del tratamiento se centra en los denominados *déficit interpersonales*, un término confuso que indica realmente la inexistencia de un acontecimiento vital importante en la actualidad.

El terapeuta establece la relación entre el diagnóstico objetivo y el foco interpersonal: «Tal como hemos comentado, usted sufre una depresión mayor, es decir, una enfermedad susceptible de tratamiento que no se debe a que usted haya podido cometer algún tipo de falta. Por lo que me ha dicho, su depresión parece relacionada con los acontecimientos que están teniendo lugar actualmente en su vida. Usted ha dejado de dormir y de comer y se ha empezado a sentir deprimido desde que falleció su madre, y ha tenido dificultades para aceptar esta pérdida terrible. A esta situación la denominamos *pérdida complicada*, que es una forma frecuente de depresión, que responde al tratamiento. Le sugiero que durante los tres próximos meses se centre en intentar superar esta pérdida. Si logra resolver este problema interpersonal, no sólo se sentirá mejor, sino que también mejorará su estado de ánimo». Esta formulación define el resto del tratamiento (10). La conexión entre estado de ánimo y acontecimientos vitales es de orden práctico, no de orden etiológico: no se pretende señalar que los acontecimientos «causan» la depresión. Cuando el paciente está de acuerdo con estos términos, el tratamiento pasa a la fase intermedia.

Otras facetas de la fase inicial son el otorgamiento del «papel de enfermo» al paciente, una situación temporal en la que se reconoce que la enfermedad depresiva impide que el paciente tenga un funcionamiento completo, y el establecimiento de distintos parámetros terapéuticos, como el límite temporal del tratamiento y la expectativa de que el tratamiento se centrará en las interacciones interpersonales recientes (4).

Durante la fase intermedia del tratamiento, el terapeuta aplica estrategias específicas para enfrentar alguna de las cuatro posibles áreas problemáticas: el duelo por el fallecimiento de un ser querido, en la *pérdida complicada*; la resolución de una disputa interpersonal con alguna persona importante para el paciente, en la *función de disputa*; la ayuda al paciente para superar la pérdida de una situación anterior y para asumir una nueva situación, en la *función de transición*, y la reducción del aislamiento social, en el *déficit interpersonal*. Cualquiera que sea el objetivo, el tratamiento se propone: abordar la capacidad del paciente para satisfacer sus necesidades y deseos en los encuentros interpersonales; validar la cólera del paciente como una señal interpersonal normal, facilitando así su expresión eficaz, y ayudar al paciente a aceptar los riesgos sociales apropiados. Durante las últimas sesiones, el terapeuta debe recordarle al paciente que la finalización del programa terapéutico está próxima, ayudándolo a que se sienta más capaz e independiente, mediante la revisión de los logros importantes que ha conseguido durante el tratamiento; además, el terapeuta debe destacar el hecho de que el final del tratamiento es en sí mismo un período de transición que conlleva, de manera inevitable, aspectos positivos y negativos. Dado que la PIP ha demostrado ser eficaz como tratamiento de mantenimiento en el trastorno depresivo mayor recurrente, y teniendo en cuenta que los pacientes con episodios múltiples posiblemente seguirán presentando estos episodios, el terapeuta y el paciente pueden decidir finalizar el tratamiento agudo, según lo programado, y acordar un tratamiento crónico, quizá con una intensidad menor: por ejemplo, en sesiones mensuales en vez de semanales.

El terapeuta que realiza la PIP debe adoptar una postura relajada y mantener una actitud de apoyo. El objetivo es convertirse en el aliado del paciente. La escasez de tiempo impulsa al paciente a tomar la iniciativa. No se asigna al paciente ninguna tarea formal para el hogar, pero el objetivo de la solución del problema interpersonal concreto constituye en sí mismo una tarea global. El tratamiento se

centra en el entorno del paciente, no en la terapia en sí misma. La programación de las sesiones, una vez a la semana, acentúa el enfoque de que se debe hacer hincapié en la vida real del paciente, no en lo que nos cuenta en la consulta. Durante las sesiones, terapeuta y paciente revisan los acontecimientos que han tenido lugar durante la semana precedente. Cuando el paciente obtiene buenos resultados en una situación interpersonal concreta, el terapeuta actúa como estimulador, reforzando la capacidad interpersonal saludable del paciente. Cuando los resultados de la semana anterior han sido adversos, el terapeuta ofrece simpatía y ayuda al paciente para analizar los problemas de la situación concreta, planteando nuevas opciones interpersonales y ensayando con el paciente nuevos roles para su vida real. Después, el paciente puede comprobar estos efectos. Dado este énfasis sobre la interacción interpersonal, no es sorprendente que los pacientes con depresión puedan aprender a partir de la PIP nuevas estrategias interpersonales que no habrían conocido con la farmacoterapia (11).

APLICACIONES CLÍNICAS

Durante la década de 1970, Klerman, Weissman y cols. demostraron, a través de numerosos ensayos clínicos realizados con control, la eficacia de la PIP en el tratamiento del trastorno depresivo mayor. La utilidad de la PIP ha sido evaluada también en otros trastornos del estado de ánimo y en trastornos no relacionados con el estado de ánimo por parte de investigadores de diversos países, como Estados Unidos, Canadá, Reino Unido, Holanda, Nueva Zelanda, Uganda y otros. Desde el principio, se ha realizado un abordaje científico de este tratamiento. La PIP ha sido analizada en ensayos clínicos respecto a cada aplicación propuesta; nunca se la ha considerado un tratamiento que sirva para todos los trastornos.

Trastornos del estado de ánimo

La utilidad de la PIP en el trastorno depresivo mayor ha sido reforzada por estudios clave como el Treatment of Depression Collaborative Research Program, del National Institute of Mental Health (NIMH), en el que se demostró que la PIP era estadísticamente comparable a la administración de imipramina con respecto a diversos parámetros, y mejor que el placebo en los pacientes con depresión de grado intenso (12). En este estudio, que constituyó la primera comparación directa con la terapia cognitivo-conductual, también se vislumbraron los posibles factores predictivos diferenciales de los resultados obtenidos con el tratamiento (13). En otros ensayos clínicos se ha demostrado la eficacia de la PIP en el tratamiento de la depresión en pacientes con enfermedades médicas (14, 15), en mujeres durante el parto (16-19), en adolescentes con depresión (20) y en pacientes deprimidos de edad avanzada (21). En dos ensayos clínicos se ha demostrado la eficacia de las sesiones mensuales de la PIP en programas de mantenimiento de 3 años respecto a la recidiva de la depresión (21, 22).

En varios estudios también se han evaluado los efectos beneficiosos de la PIP en el trastorno distímico (23) y como tratamiento complementario de la medicación en los pacientes con trastorno bipolar. Frank y cols. han combinado la PIP con un tratamiento conductual de ritmos sociales, desarrollando así la terapia interpersonal de ritmos sociales dirigida a pacientes con trastorno bipolar. El componente conductual persigue la estabilización de las actividades diurnas y, en concreto, el control de los patrones del sueño, con objeto de evitar los episodios maníacos (24). En estudios preliminares de neuroimagen con provocación se ha demostrado que la PIP induce modificaciones en el flujo sanguíneo cerebral similares a las causadas por los inhibidores de la recaptación de la serotonina (25, 26).

Trastornos no relacionados con el estado de ánimo

Los buenos resultados obtenidos en los pacientes con trastornos del estado de ánimo han llevado a la aplicación de la PIP como tratamiento en otros procesos. En dos ensayos clínicos efectuados en pacientes con cuadros de abuso de sustancias la PIP no dio lugar a efectos beneficiosos (27, 28). Por otra parte, se han obtenido resultados prometedores con la PIP como tratamiento de la fobia social (29), del trastorno de estrés post-traumático (30) –en ambos casos, se trata de trastornos de ansiedad con componentes interpersonales evidentes– y de los trastornos de la conducta alimentaria (31-33). Son necesarios nuevos estudios para adaptar la PIP a los pacientes con trastorno límite de la personalidad, insomnio primario, trastorno dismórfico corporal y otros procesos (4).

FORMATOS DE APLICACIÓN

Desarrollada como una forma de psicoterapia individual para su aplicación por parte de los profesionales de la salud mental, la PIP también ha sido modificada hacia una orientación interpersonal (4, 34), una forma racional de tratamiento bien argumentada respecto a estados de ánimo subsindrómicos y a síntomas de ansiedad, para su aplicación por parte de profesionales de enfermería no relacionados con la salud mental. Actualmente, también está siendo evaluada para su aplicación en grupos (35), parejas (4) y como intervención telefónica (36).

Son necesarios nuevos estudios para determinar la aplicación óptima y el número de sesiones en todas las formas de PIP. Además, al igual que ocurre con las demás formas de psicoterapia, no se sabe cuándo ni cómo se debe potenciar la PIP suministrando medicación, y viceversa. La PIP también se está introduciendo en otras culturas (37).

PROCESO

La mayor parte de la investigación en psicoterapia ha estado fundamentada en el proceso más que en los resultados. La PIP ha sido la excepción a la regla, debido a que la investigación realizada sobre ella se ha centrado casi exclusivamente en los resultados, es decir, en determinar si el tratamiento funciona. Ahora que la PIP ha demostrado ser eficaz en distintos trastornos, es razonable analizar cuáles pueden ser los componentes activos de este tratamiento. Hasta el momento, la investigación realizada acerca de ello ha sido escasa (38).

FORMACIÓN

La PIP fue desarrollada como intervención de investigación y hasta hace poco tiempo la casi totalidad de los terapeutas que aplicaban la PIP eran investigadores. La formación en investigación requiere la lectura del manual (4, 39), la asistencia a un seminario de orientación y el tratamiento de 2-3 casos con supervisión mediante la revisión de las cintas de audio o vídeo obtenidas en cada sesión. Este sistema ha funcionado bien en lo que se refiere a la investigación, aunque obliga a dedicar muchos recursos.

Los buenos resultados obtenidos en los estudios de investigación sobre la PIP han llevado a su inclusión en los protocolos de tratamiento clínico y han despertado un interés cada vez mayor en los clínicos. Todavía se están definiendo las pautas para la formación clínica de los profesionales no relacionados con el contexto de la investigación. La International Society for Interpersonal Psychotherapy (ISIPT) es una organización internacional que cubre todos los aspectos de la PIP, en cuyo seno

tiene lugar la deliberación respecto a las cuestiones formativas, de manera que cada país pueda desarrollar sus propios procesos de acreditación respecto a la PIP (v. el sitio web de la ISIPT en www.interpersonalpsychotherapy.org). Los terapeutas que desarrollan la PIP en Reino Unido han definido el programa formativo más detallado y riguroso para la acreditación clínica. La PIP ha suscitado un gran interés en países como Australia, Austria, Brasil, Canadá, Finlandia, Alemania, Irlanda, Italia, Holanda, Nueva Zelanda, Noruega, España, Suiza y otros.

La PIP se incluye en algunos programas de residencia de psiquiatría en Estados Unidos, pero no es un requisito formativo (37). Dado que la PIP es un tratamiento complementario cuyo objetivo no es el de su aplicación a todos los trastornos, cualquier terapeuta especializado en PIP debe conocer también los fundamentos de los demás tratamientos, generalmente los de tipo psicodinámico o cognitivo.

CONCLUSIONES

La PIP es una forma de psicoterapia relativamente joven dirigida hacia el tratamiento de diagnósticos psiquiátricos concretos. En relación con las demás formas de psicoterapia, la PIP está perfectamente definida y tiene una eficacia bien conocida. No obstante, todavía nos queda mucho que aprender acerca de sus indicaciones respecto a diferentes trastornos, al número óptimo de sesiones, a su combinación con la farmacoterapia, a su utilidad en los distintos formatos, etc. Aunque la PIP constituye una de las formas de intervención mejor estudiadas en investigación de resultados, especialmente en lo que se refiere a los trastornos del estado de ánimo, su extensión a la práctica clínica es de inicio reciente. Es un tratamiento de aprendizaje sencillo por parte de los psicoterapeutas con experiencia, aunque su efectividad en las manos de los terapeutas poco experimentados es discutible. Así, la aplicación generalizada de esta forma relativamente «pura» de tratamiento conlleva tanto oportunidades como peligros.

Agradecimientos

Este estudio ha sido sufragado en parte por una Independent Investigator Award de la National Association for Research on Schizophrenia and Affective Disorders.

World Psychiatry 2004; 3: 136-139

Bibliografía

1. Murray CJ, Lopez AD. The global burden of disease. Geneva: World Health Organization, 1996.
2. Maj M, Sartorius N (eds). Depressive disorders. Chichester: Wiley, 1999.
3. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF et al. Cognitive therapy of depression. New York: Guilford Press, 1979.
4. Weissman MM, Markowitz JC, Klerman GL. Comprehensive guide to interpersonal psychotherapy. New York: Basic Books, 2000.
5. Frank J. Therapeutic factors in psychotherapy. *Am J Psychother* 1971;25:350-61.
6. Klerman GL, Weissman MM, Rounsaville BJ et al. Interpersonal psychotherapy of depression. New York: Basic Books, 1984.
7. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed. Washington: American Psychiatric Association, 1994.
8. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1960;25:56-62.
9. Beck AT. Depression inventory. Philadelphia: Center for Cognitive Therapy, 1978.

10. Markowitz JC, Swartz HA. Case formulation in interpersonal psychotherapy of depression. In: Eells TD (ed). *Handbook of psychotherapy case formulation*. New York: Guilford Press, 1997: 192-222.
11. Weissman MM, Klerman GL, Prusoff BA et al. Depressed outpatients: results one year after treatment with drugs and/or interpersonal psychotherapy. *Arch Gen Psychiatry* 1981;38:52-5.
12. Elkin I, Shea MT, Watkins JT et al. National Institute of Mental Health treatment of depression collaborative research program: general effectiveness of treatments. *Arch Gen Psychiatry* 1989;46: 971-82.
13. Sotsky SM, Glass DR, Shea MT et al. Patient predictors of response to psychotherapy and pharmacotherapy: findings in the NIMH treatment of depression collaborative research program. *Am J Psychiatry* 1991;148:997-1008.
14. Schulberg HC, Block MR, Madonia MJ et al. Treating major depression in primary care practice. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53:913-9.
15. Markowitz JC, Kocsis JH, Fishman B et al. Treatment of HIV-positive patients with depressive symptoms. *Arch Gen Psychiatry* 1998;55:452-7.
16. Spinelli M. Interpersonal psychotherapy for depressed antepartum women: a pilot study. *Am J Psychiatry* 1997;154:1028-30.
17. O'Hara MW, Stuart S, Gorman LL et al. Efficacy of interpersonal psychotherapy for postpartum depression. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57:1039-45.
18. Zlotnick C, Johnson SL, Miller IW et al. Postpartum depression in women receiving public assistance: pilot study of an interpersonal-therapy-oriented group intervention. *Am J Psychiatry* 2001; 158:638-40.
19. Klier CM, Muzik M, Rosenblum KL et al. Interpersonal psychotherapy adapted for the group setting in the treatment of postpartum depression. *J Psychother Pract Res* 2001;10:124-31.
20. Mufson L, Weissman MM, Moreau D et al. Efficacy of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56:573-9.
21. Reynolds CF III, Frank E, Perel JM et al. Nortriptyline and interpersonal psychotherapy as maintenance therapies for recurrent major depression: a randomized controlled trial in patients older than fifty-nine years. *JAMA* 1999;281:39-45.
22. Frank E, Kupfer DJ, Perel JM et al. Three-year outcomes for maintenance therapies in recurrent depression. *Arch Gen Psychiatry* 1990;47:1093-9.
23. Markowitz JC. An update on interpersonal psychotherapy for chronic depression. *J Clin Psychol* (in press).
24. Frank E, Swartz HA, Kupfer DJ. Interpersonal and social rhythm therapy: managing the chaos of bipolar disorder. *Biol Psychiatry* 2000;48:593-604.
25. Martin SD, Martin E, Rai SS et al. Brain blood flow changes in depressed patients treated with interpersonal psychotherapy or venlafaxine hydrochloride. *Arch Gen Psychiatry* 2001;58:641-8.
26. Brody AL, Saxena S, Stoessel P et al. Regional brain metabolic changes in patients with major depression treated with either paroxetine or interpersonal therapy: preliminary findings. *Arch Gen Psychiatry* 2001;58:631-40.
27. Rounsaville BJ, Glazer W, Wilber CH et al. Short-term interpersonal psychotherapy in methadone-maintained opiate addicts. *Arch Gen Psychiatry* 1983;40:629-36.
28. Carroll KM, Rounsaville BJ, Gawin FH. A comparative trial of psychotherapies for ambulatory cocaine abusers: relapse prevention and interpersonal psychotherapy. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1991;17:229-47.
29. Lipsitz JD, Fyer AJ, Markowitz JC et al. An open trial of interpersonal psychotherapy for social phobia. *Am J Psychiatry* 1999;156: 1814-6.
30. Krupnick JL, Green BL, Miranda J. Interpersonal psychotherapy groups for low-income women with PTSD. Presented at the American Psychiatric Association Annual Meeting, Philadelphia, May 2002.
31. Fairburn CG, Norman PA, Welch SL et al. A prospective study of outcome in bulimia nervosa and the long-term effects of three psychological treatments. *Arch Gen Psychiatry* 1995;52:304-12.
32. Agras WS, Walsh BT, Fairburn CG et al. A multicenter comparison of cognitive-behavioral therapy and interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57: 459-66.
33. Wilfley DE, Welch RR, Stein RI et al. A randomized comparison of group cognitive-behavioral therapy and group interpersonal psychotherapy for the treatment of overweight individuals with binge-eating disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2002;59:713-21.
34. Klerman GL, Budman S, Berwick D et al. Efficacy of a brief psychosocial intervention for symptoms of stress and distress among patients in primary care. *Med Care* 1987;25:1078-88.
35. Wilfley DE, MacKenzie RK, Welch RR et al (eds). *Interpersonal psychotherapy for group*. New York: Basic Books, 2000.
36. Miller L, Weissman M. Interpersonal psychotherapy delivered over the telephone to recurrent depressives. *Depress Anxiety* 2002;16:114-7.
37. Weissman MM, Markowitz JC. The future of psychotherapies for mood disorders. *World Psychiatry* 2003;2:9-13.
38. Markowitz JC, Leon AC, Miller NL et al. Rater agreement on interpersonal psychotherapy problem areas. *J Psychother Pract Res* 2000;9:131-5.
39. Markowitz JC. Learning the new psychotherapies. In: Weissman MM (ed). *Treatment of depression: bridging the 21st century*. Washington: American Psychiatric Press, 2001:281-300.

Soteria Berna: un entorno terapéutico innovador en la esquizofrenia aguda fundamentado en el abordaje afectivo-lógico

LUC CIOMPI¹, HOLGER HOFFMANN²

¹La Cour, Cita 6, Belmont-sur-Lausanne, Switzerland

²Sectorized Community Psychiatry Department, Berne University Hospital of Social and Community Psychiatry, Berna, Switzerland

La denominación de «Soteria» se refiere a un abordaje terapéutico alternativo mediante la creación de un entorno con bajo nivel de medicación en los pacientes con esquizofrenia aguda; este abordaje fue implementado inicialmente por Mosher y Menn en San Francisco y desde 1984 ha sido desarrollado por Ciompi y cols. en Berna, según su abordaje afectivo-lógico, en el que se hace hincapié en la influencia —a menudo despreciada— de los factores emocionales en la esquizofrenia. En comparación con los métodos tradicionales, en ambos contextos se han obtenido resultados terapéuticos similares o incluso mejores, utilizando dosis mucho menores de antipsicóticos; los costes diarios han sido comparables. En este artículo se recogen los conceptos básicos, los procedimientos prácticos y los hallazgos empíricos del abordaje Soteria Berna, así como sus implicaciones teóricas y prácticas respecto a la psiquiatría actual. Los resultados obtenidos apoyan la hipótesis de que los factores emocionales desempeñan una función patogénica y terapéutico-preventiva no sólo en las denominadas psicosis afectivas, sino también en la esquizofrenia.

Palabras clave: esquizofrenia, entorno terapéutico, psicoterapia, farmacoterapia, evaluación de la rentabilidad económica

Se acepta generalmente que las complejas interacciones entre los factores biológico-genéticos y perinatales, del entorno y psicológicos desempeñan un papel clave tanto en la patogenia como en la evolución a corto y largo plazo de la esquizofrenia. El modelo vulnerabilidad-estrés, propuesto inicialmente por Zubin y Spring (1) y desarrollado posteriormente por Nuechterlein y Dawson (2) y —con especial énfasis en los aspectos emocionales y biográficos— por nuestro propio grupo (3), proporciona un valioso fundamento para la integración conceptual de una amplia gama de factores biológicos, sociales y psicológicos de carácter heterogéneo. Además, sobre el concepto vulnerabilidad-estrés se fundamentaron de manera explícita o implícita diversas estrategias integradoras terapéuticas y preventivas a partir del denominado modelo educativo de Anderson (4), del abordaje psicosocial de Hogarty (5) y del enfoque del «tratamiento adaptado a las necesidades» de Alanen (6), por citar sólo unos pocos ejemplos.

Por tanto, desde un punto de vista biopsicosocial global, el proyecto de carácter preliminar denominado Soteria (del griego, salvación, protección), centrado específicamente en los factores del entorno y emocionales, despertó un interés especial. Loren Mosher y Alma Menn llevaron a cabo el proyecto Soteria entre 1971 y 1983 en un pequeño grupo experimental de pacientes no hospitalizados en San Francisco. En aquel proyecto, los jóvenes pacientes con esquizofrenia aguda fueron tratados principalmente mediante métodos psicoterapéuticos y de abordaje del entorno. Inspirado en un enfoque fenomenológico y existencialista de la enfermedad mental, Mosher señaló que el contacto humano continuo con el paciente psicótico («estar con») en un grupo extrahospitalario pequeño en el que se aplicaban medidas de apoyo y protección permitía obtener, con un uso muy escaso de fármacos antipsicóticos, efectos terapéuticos similares a los conseguidos mediante los tratamientos hospitalarios tradicionales, o mejores que ellos. Esta propuesta obtuvo apoyo a través de estudios empíricos de evaluación (7-11). Finalmente, uno de los autores de este artículo llevó a cabo la primera implementación europea del abordaje Soteria en 1984, en Berna (Suiza), utilizando bases conceptuales distintas con objeto de verificar y, en caso necesario, modificar el abordaje de Mosher. El proyecto Soteria Berna demostró ser adecuado, dado que todavía permanece activo tras 20 años de existencia (12,

13). A partir de Berna, la idea Soteria llegó a otros lugares, sobre todo en Alemania (14).

El objetivo de este artículo es el de presentar las características generales del abordaje, de los procedimientos prácticos y de los resultados empíricos del método Soteria Berna, comparándolas con las observaciones originales de Mosher y con otros resultados obtenidos en proyectos similares. Finalmente, se exponen las posibilidades y los límites del abordaje Soteria Berna en pacientes con psicosis, y se intenta su ubicación en la psiquiatría actual.

BASES CONCEPTUALES DEL MÉTODO SOTERIA BERNA

Nuestro punto de partida fue la consideración de los resultados obtenidos en los estudios efectuados a largo plazo durante varios decenios sobre pacientes con esquizofrenia en los que se demostró que, en condiciones favorables, se podían obtener resultados considerablemente mejores que los conseguidos hasta ese momento (15-24). La idea de que los factores del entorno tenían una importancia mayor que la previamente admitida obtuvo el soporte adicional de: los resultados de los estudios iniciales que se efectuaron sobre el impacto de la rehabilitación social y vocacional de los pacientes en el contexto extrahospitalario (25-29), los estudios de investigación del denominado «síndrome de hospitalismo» en contextos asistenciales desfavorables (30), los estudios de investigación realizados en Escandinavia sobre la influencia de las condiciones de crianza en los niños adoptados (31-34), los resultados obtenidos en estudios interculturales en los que se obtuvieron resultados a largo plazo significativamente mejores en los países menos desarrollados (35, 36) y —especialmente en lo que se refiere a los conceptos que se describen a continuación— la detección de correlaciones estadísticas sólidas entre el aumento crítico de la tensión emocional (las denominadas emociones de alta expresión) en el entorno de las personas con riesgo, por un lado, y los brotes de síntomas psicóticos, por otro (37-39). Por último, aunque no por ello menos importante, las experiencias psicoterapéuticas y socioterapéuticas personales con los pacientes psicóticos tuvieron un impacto importante en la conceptualización del método Soteria Berna.

Finalmente, nuestro grupo realizó la integración de todos los elementos de conocimiento mencionados en una metateoría psicobiológica de las interacciones afectivo-cognitivas denominada «teoría afectivo-lógica». Este término es una traducción, no plenamente satisfactoria, del término alemán «*Affektlogik*», que implica una serie de interacciones circulares constantes entre los aspectos emocionales y cognitivos relativos a todas las funciones mentales. Tanto en el proyecto Soteria Berna como en la red de instituciones psiquiátricas extrahospitalarias en las que se aplicó el método Soteria, se utilizó como base de la estrategia terapéutica un modelo en tres fases de la evolución a largo plazo de la esquizofrenia (40-42). Según el concepto fundamental de la teoría afectivo-lógica, hay una serie ubicua de interacciones circulares entre los aspectos emocionales y cognitivos, que ejercen múltiples efectos de organización e integración sobre la actividad mental y sobre el comportamiento. Las emociones implícitas o explícitas desencadenadas por procesos cognitivos influyen a su vez profundamente en toda la actividad cognoscitiva al regular, según el contexto y la experiencia, la atención y la percepción, la memoria y el razonamiento combinatorio, y el comportamiento. Tiene también una gran importancia el hecho de que las tensiones emocionales importantes pueden provocar cambios globales y súbitos (bifurcaciones) en los patrones de los sentimientos, los razonamientos y el comportamiento; por ejemplo, desde un patrón «temor-lógico» a un patrón «rabia-lógica», o de un patrón de «lógica de paz» a otro de «lógica de guerra», del amor al odio o –en las personas vulnerables– desde el funcionamiento mental normal a la psicosis.

Aunque a menudo despreciados, los efectos emocionales tienen una importancia clave en todas las fases del modelo mencionado de evolución psicótica. Durante la fase 1 (el período premórbido, desde la fecundación hasta la aparición de la psicosis) se crea gradualmente una estructura de personalidad vulnerable, a través de interacciones circulares entre tendencias genéticas/biológicas desfavorables y experiencias vitales traumáticas, como las condiciones adversas de crianza o las situaciones de gran desestructuración familiar. Durante la fase 2, caracterizada por la aparición de una psicosis manifiesta, este «terreno» vulnerable es puesto a prueba hasta un nivel crítico por la aparición de tensiones emocionales importantes relacionadas con factores de estrés, como los problemas psicosociales durante la adolescencia y las primeras fases de la edad adulta, las dificultades profesionales, el abuso de sustancias, los cambios hormonales, las relaciones de pareja, los partos, etc. Durante la fase 3 (evolución a largo plazo) las remisiones y las recaídas están condicionadas fundamentalmente por las interrelaciones cambiantes entre la estructura de la personalidad, las estrategias terapéuticas y preventivas, y los factores del entorno, estresantes o protectores, como las actitudes familiares (en concreto, las emociones expresadas de mucha o poca intensidad), las condiciones socioeconómicas y culturales, y el entorno asistencial.

A lo largo de los años siguientes se efectuó una caracterización más precisa de la teoría afectivo-lógica: ésta se complementó con aspectos adicionales a largo plazo (43), con aspectos relacionados con la teoría del caos (44, 45), y se otorgó creciente importancia al abordaje sistémico-terapéutico (46, 47).

IMPLICACIONES TERAPÉUTICAS Y SU APLICACIÓN PRÁCTICA EN SOTERIA BERNA

Sobre estas bases conceptuales, y a diferencia del abordaje original de Mosher, nuestro objetivo principal no fue el de desarrollar una estrategia terapéutica en la que estuvieran excluidos casi por completo los medicamentos, sino el de implementar el mejor tratamiento psico-socio-biológico global posible en los pacientes con esquizofrenia aguda, mediante la combina-

ción, de manera innovadora, de los conocimientos psicobiológicos disponibles acerca de los factores terapéuticos, incluyendo los aportes de la experiencia Soteria. Desde la perspectiva de la teoría afectivo-lógica, y teniendo en cuenta el papel clave que desempeñan las tensiones emocionales en la aparición o la exacerbación de los síntomas psicóticos, se consideró crucial el establecimiento de un entorno terapéutico que permitiera reducir de forma constante la tensión emocional. La mayor parte de los contextos hospitalarios convencionales violan, de hecho, este postulado. En los hospitales aumentan las tensiones emocionales debido a diversas circunstancias, entre ellas: la promiscuidad, el hacinamiento y la violencia existentes en las plantas de admisión; las prácticas traumáticas de hospitalización; la privación de la atmósfera y las pertenencias personales de los pacientes; la inexistencia de una relación personalizada y continua, con interrupciones conceptuales constantes debido a los rápidos cambios entre una planta y otra o entre distintos establecimientos asistenciales; las prácticas excesivamente rápidas de alta hospitalaria, y la ausencia de una información adecuada tanto para los pacientes como para sus familias. En estas condiciones, la única manera de reducir la tensión es la administración de antipsicóticos en dosis elevadas. Como alternativa, nuestra propuesta es la de seguir los ocho principios terapéuticos básicos que se recogen a continuación y que constituyen el fundamento del método Soteria Berna:

Entorno terapéutico recogido, relajado, con protección frente a estímulos y lo más «normal» posible. En vez de tratar al paciente psicótico en un contexto hospitalario tradicional, es ingresado en un pequeño establecimiento abierto, amigable y de tipo familiar, con un agradable jardín, situado en medio de la ciudad, en donde ocho pacientes y los miembros del equipo asistencial encuentran un espacio agradable para vivir.

Un «estar con» el paciente psicótico, personalizado y continuo. Durante la fase psicótica más aguda (fase 1) el paciente no permanece solo nunca; por el contrario, está acompañado en todo momento y permanece en un agradable «cuarto de estar». La tarea principal de la persona que acompaña al paciente es la de calmarlo, no tanto mediante técnicas psicoterapéuticas sofisticadas, sino mediante una actitud de silencio o de «estar con» el paciente, en ocasiones realizando actividades tan sencillas como manualidades, dibujos, juegos o masajes suaves en los pies, caminando o corriendo juntos, o realizando otras actividades relajantes según la intuición personal de cada cuidador. Finalmente, el paciente es integrado gradualmente en la vida cotidiana de la comunidad terapéutica (fase 2), hasta que está preparado para el alta y para la prevención de la recaída (fase 3).

Continuidad personal y conceptual. Este objetivo se consigue con la participación de un pequeño equipo terapéutico en colaboración estrecha, apoyado por un psiquiatra a tiempo parcial. El equipo está constituido por nueve personas que trabajan en turnos solapados de 48 horas, de manera que en todo momento están presentes al menos dos miembros del equipo. Estas personas son seleccionadas cuidadosamente en función de sus cualidades personales y de sus experiencias vitales, con una mezcla equilibrada de sexos, edades y contextos profesionales de tipo psiquiátrico y de otros tipos. A cada paciente se le asignan dos miembros del equipo (generalmente, un hombre y una mujer). Durante media jornada a la semana, todo el equipo se reúne para intercambiar información y para llevar a cabo la coordinación. Una vez al mes un psicoterapeuta con experiencia realiza una supervisión externa; también se realizan quincenalmente reuniones de «intervisión» de 1 hora, focalizadas en problemas del manejo de pacientes y en la dinámica de equipo.

Colaboración estrecha con los familiares y con otras personas importantes para el paciente. Desde el primer día se es-

tablecen sistemáticamente relaciones estrechas y de colaboración con los familiares y con otras personas importantes para el paciente, fundamentadas en la confianza personal, en el intercambio amplio de información y en una política de visitas libres. Además, se organizan reuniones mensuales de tipo «educativo», dirigidas a los familiares y otras personas próximas al paciente.

Información clara y congruente a los pacientes, los familiares y el equipo asistencial. Con objeto de minimizar las situaciones de confusión y los malos entendidos que pueden crear tensiones, se ofrece a pacientes, familiares y miembros del equipo, en toda ocasión posible, una información clara, completa y congruente acerca de la enfermedad, el pronóstico de sus riesgos y posibilidades, los métodos de tratamiento, la prevención de las recidivas, etc., según el modelo evolutivo de tres fases de la esquizofrenia, ya mencionado.

Planteamiento de objetivos y expectativas realistas. Ya durante la fase inicial de tratamiento, se plantean sistemáticamente a cada paciente y a su familia los objetivos concretos del tratamiento, y se analizan las cuestiones relativas a la hospitalización y a la actividad laboral futuras, sobre la base de expectativas realistas de los riesgos y las posibilidades.

Estrategias consensuadas de administración de dosis bajas de antipsicóticos. Estas estrategias (48-50), centradas en la reducción de los estados de tensión no controlables de otra manera, se aplican en colaboración estrecha con el paciente y su familia, con el objetivo final de que sea el propio paciente el que controle su medicación.

Seguimiento del paciente y prevención de la recidiva durante un período de al menos 2 años. Este objetivo se prepara sistemáticamente mediante la formación amplia acerca de los pródromos personales y de los procedimientos de profilaxis, así como a través del establecimiento de contactos con terapeutas externos y con establecimientos sanitarios que puedan realizar el seguimiento.

A pesar de la realización de pequeñas adaptaciones a lo largo de estos años, los ocho principios básicos expuestos se han mantenido casi sin modificaciones desde la implementación inicial de Soteria Berna en 1984. Coinciden en gran medida con la práctica inicial de Mosher en San Francisco, a pesar de que nuestro grupo también ha integrado las técnicas de tipo educativo o formativo, el abordaje familiar sistémico y las estrategias modernas de rehabilitación y de prevención de la recidiva centradas principalmente en una valoración afectivo-cognitiva («fortalecimiento») y en la relajación. Hay otras diferencias en la composición del equipo Soteria (en el que también participan psiquiatras) y en el uso de estrategias de medicación más flexibles, que tienden gradualmente a coincidir con las técnicas actuales de medicación con dosis bajas de antipsicóticos «atípicos».

OBSERVACIONES CLÍNICAS

A lo largo de los últimos 20 años, varios cientos de pacientes esquizofrénicos (aproximadamente, 30 por año al inicio y alrededor de 50 por año en la actualidad) han recibido tratamiento en Soteria Berna. La experiencia clínica global es que la mayor parte de los pacientes con esquizofrenia aguda pueden ser tratados de manera eficaz mediante el abordaje descrito. Incluso los psicóticos extremadamente tensos y agresivos suelen calmarse al cabo de pocos días en el ambiente relajante de Soteria. Los incidentes de violencia grave contra sí mismos o contra otras personas han sido muy infrecuentes (menos de 10 casos en 20 años). No obstante, aproximadamente el 10-15 % de los pacientes esquizofrénicos seleccionados de manera aleatoria, con los que no fue posible establecer una alianza respecto

al enfoque terapéutico, no pudo ser tratado adecuadamente en el entorno abierto de Soteria (51). Estos pacientes fueron remitidos a uno de los hospitales psiquiátricos locales con los que Soteria Berna tiene una colaboración estrecha. Aunque centrado preferencialmente en los adultos jóvenes que están en las fases iniciales de su enfermedad, el tratamiento Soteria parece ser útil en la mayor parte de los pacientes con esquizofrenia o con trastornos esquizofreniformes, incluyendo los pacientes crónicos. Hasta el momento no hemos podido identificar claramente los factores de la enfermedad predictivos de las respuestas terapéuticas favorables o desfavorables.

En estudios de investigación comparativos realizados con diseño longitudinal se han obtenido resultados a los 2 años al menos similares a los obtenidos con métodos tradicionales (y, posiblemente, mejores que ellos en parte), utilizando dosis totales de antipsicóticos mucho menores y con un coste diario comparable (véanse los detalles más adelante). Todavía no se han efectuado evaluaciones sistemáticas en períodos mayores de 2 años, dadas las importantes dificultades metodológicas para ello. Sin embargo, las observaciones de tipo casuístico relativas a los primeros pacientes que todavía permanecen en contacto con nosotros indican la existencia de un elevado número de casos cuya evolución ha sido asombrosamente favorable a lo largo de decenios. Las posibles ventajas que se pueden obtener a largo plazo parecen centradas principalmente en el contexto de la adaptación social y de la estigmatización, tanto subjetiva como objetiva, así como en un impacto subjetivo menos traumático de la experiencia psicótica y de los contactos posteriores con los distintos tipos de establecimientos asistenciales. Además, los sentimientos de valor e identidad personales parecen mejor preservados, lo que permite una integración final mejor de la experiencia psicótica en la historia vital personal. En ocasiones, en Soteria Berna se observaron incluso claros efectos de maduración relacionados con las crisis psicóticas y con la elaboración psicodinámica de los pacientes, especialmente cuando se prolongaron adecuadamente las medidas posteriores al alta mediante medidas de rehabilitación y medidas de psicoterapia individual o familiar de duración suficiente.

Además, al compartir la vida cotidiana en la comunidad terapéutica, se presentan oportunidades únicas para la observación estrecha de los fenómenos psicóticos. Una observación especialmente sorprendente es que los estados psicóticos agudos cambian a menudo de día en día e incluso, en ocasiones, de hora en hora (52). Al parecer, estos estados psicóticos agudos dependen, más de lo que se ha considerado hasta el momento, de los factores ambientales actuales, especialmente del estado emocional de los miembros del equipo y de otros pacientes. El incremento de la tensión emocional y la irritación por la ambigüedad de la comunicación son situaciones que intensifican casi de manera invariable los trastornos psicóticos, mientras que la calma en el ambiente, la claridad y la actitud amistosa y respetuosa generalmente los disminuyen. Las pautas de tipo organizativo y de relación claramente estructuradas también parecen ser útiles. Los cambios excesivos, la confusión, el ruido y la sobrecarga de estímulos (p. ej., la televisión, los ordenadores, la música excesivamente alta, los periódicos, las discusiones demasiado complejas o intensas, etc.) tienen, por el contrario, efectos desfavorables. Los límites entre la normalidad y la psicosis son a menudo asombrosamente difusos en el ambiente de Soteria. En concreto, en la atmósfera especial que se crea en el «cuarto de estar», suele ser posible el contacto emocional con las áreas estructuradas de la personalidad, incluso en los pacientes con cuadros psicóticos graves. Según la información ofrecida de manera retrospectiva por los propios pacientes, el mantenimiento de este tipo de contacto fue experimentado por ellos como una medida muy útil, a pesar de la aparente inexistencia de efectos inmediatos.

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN DE EVALUACIÓN

A través de varios estudios de evaluación de 2 años de seguimiento realizados con control, Mosher y cols. pudieron demostrar que, en comparación con los resultados obtenidos mediante los tratamientos tradicionales de carácter hospitalario, en el contexto Soteria se podían obtener efectos terapéuticos similares o mejores con respecto al proceso psicopatológico, la tasa de hospitalización y el funcionamiento laboral y social de los pacientes (8, 10, 11, 53).

La investigación de evaluación efectuada en Soteria Berna se realizó principalmente a través de dos estudios, el primero de ellos relativo a los resultados inmediatos y sin participación de un grupo de control (51), y el segundo comparando los resultados obtenidos en pacientes atendidos en Soteria Berna durante 2 años con los obtenidos en controles de características similares atendidos en cuatro contextos hospitalarios diferentes de Suiza y Alemania (54).

En el primer estudio (51), los resultados inmediatos obtenidos en los cuatro ejes —proceso psicopatológico, situación de alojamiento, situación laboral y evolución global— fueron buenos o muy buenos en aproximadamente las dos terceras partes de los primeros 56 casos tratados. La edad media de los pacientes fue de 24 años (intervalo, 18 a 37 años). Los pacientes permanecieron en Soteria Berna entre 3 y 763 días, con una media de 54 días. Se observó la remisión completa de los síntomas en el 41 % de los casos. El 39 % de los pacientes no recibió ningún tipo de medicación antipsicótica durante su permanencia en Soteria Berna, y la evolución en el momento del alta fue considerada muy buena o buena en el 75 % de esos pacientes. Estadísticamente, las mujeres y los pacientes que recibieron las cantidades menores de medicación presentaron una evolución significativamente mejor que los hombres y que los pacientes que recibieron dosis mayores de un antipsicótico. Sin embargo, este segundo y sorprendente resultado no debe ser interpretado de manera excesiva como indicativo de una superioridad del tratamiento sin fármacos, dado que sólo recibieron dosis elevadas de antipsicóticos los pacientes con un comportamiento más negativo y con mayor resistencia frente al entorno terapéutico, según las normas de tratamiento ya mencionadas. Por tanto, el resultado principal de este estudio es la confirmación de que los pacientes con psicosis aguda en el espectro de trastornos esquizofreniformes (esquizofrenia en 39 de 56 casos según los criterios del DSM-III; 14 cuadros de psicosis esquizofreniforme, 3 casos no determinados) pueden, de hecho, ser tratados con buenos resultados en el contexto Soteria, tal como han señalado Mosher y cols. (8, 9).

En el segundo estudio, Ciompi y cols. (54) compararon 22 pacientes que cumplían todos los criterios exigidos para su participación en el estudio (entre los 60 pacientes esquizofrénicos atendidos por primera vez —hasta el momento— en Soteria Berna) con un número igual de controles de características similares seleccionadas en un grupo de 70 pacientes con hospitalización inicial en cuatro hospitales suizos y alemanes tradicionales. Mediante la aplicación de la versión alemana de la Ward Atmosphere Scale, se demostró que la atmósfera terapéutica en Soteria Berna difería significativamente de la existente en los cuatro hospitales tradicionales del grupo de control. Las diferencias principales fueron la mayor cercanía emocional y la mayor calidez y espontaneidad de las relaciones paciente-equipo en Soteria Berna, así como los niveles menores de jerarquía, orden y control. En la evolución a los 2 años no se observaron diferencias significativas entre los pacientes de Soteria Berna y los controles respecto a los cuatro parámetros de evolución ya mencionados ni respecto a la tasa de recidiva. El 27 % de los pacientes de Soteria Berna no tomó antip-

sicóticos, en comparación con el 5 % de los controles. Las dosis totales de antipsicóticos al cabo de los 2 años fueron un 56 % menores en Soteria Berna que en el grupo de control. Los costes medios diarios fueron exactamente los mismos en Soteria Berna que en los cuatro hospitales de control. Sin embargo, la permanencia media en Soteria Berna fue de 185 días, exactamente el doble de la duración de la hospitalización de los controles, una diferencia que dio lugar a un incremento de aproximadamente la tercera parte en los costes originados por los pacientes de Soteria Berna al cabo de 2 años.

Un análisis más detallado de este resultado revela que la mayor duración de la permanencia de los pacientes de Soteria estuvo relacionada con el hecho de que inicialmente se intentó incluir la rehabilitación social y laboral plena en el tratamiento Soteria, con objeto de mantener una continuidad personal y conceptual a largo plazo. Sin embargo, por razones de tipo económico no pudo mantenerse este enfoque de carácter idealista. Finalmente, se adoptó la práctica convencional de transferir la rehabilitación social y laboral a contextos locales extrahospitalarios especializados en ello. El resultado fue que la duración media de la permanencia de los pacientes en Soteria Berna quedó finalmente en 44 días (frente a los 49 días en la planta de admisión de los pacientes esquizofrénicos en el hospital universitario psiquiátrico más cercano). Así, los costes se redujeron en Soteria Berna en un 32 % durante los cuatro últimos años, y actualmente son de manera constante un 10-20 % menores que los que tienen lugar en unidades locales comparables en las que también se atienden pacientes esquizofrénicos que sufren su primer o segundo episodio de psicosis.

En resumen, nuestros hallazgos revelan que los resultados obtenidos al cabo de 2 años en los pacientes atendidos en Soteria Berna son al menos similares a los obtenidos en contextos hospitalarios convencionales (y posiblemente mejores que ellos, en parte), utilizando cantidades significativamente menores de antipsicóticos. Estos resultados reproducen los obtenidos inicialmente por Mosher y Menn (8) y por Matthews y cols. (53), y confirman la eficacia del enfoque Soteria. Están también en línea con los obtenidos en las revisiones de Gunderson (55) y de Ellsworth (56), cuya conclusión fue que el entorno terapéutico permite una mejoría significativa de los síntomas y del funcionamiento social en pacientes con esquizofrenia aguda y crónica, así como con los resultados presentados en un estudio preliminar por Carpenter y cols. (57), que utilizaron un abordaje de ambiente terapéutico menos radical. Recientemente, Cullberg y cols. (58) han podido tratar con éxito a pacientes con un primer episodio de psicosis utilizando menos medicación antipsicótica y con un número menor de días de hospitalización, en comparación con los métodos tradicionales, al combinar medidas psicosociales intensivas de tratamiento y apoyo.

DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y OTRAS IMPLICACIONES

Las observaciones realizadas en Soteria Berna confirman la propuesta de Mosher de que, en un entorno específico, la mayor parte de los pacientes esquizofrénicos pueden ser tratados con resultados tan buenos como los conseguidos mediante los procedimientos hospitalarios, aunque con dosis significativamente menores de medicación antipsicótica, sin que ello conlleve un incremento de los costes diarios. Además, el abordaje Soteria parece ofrecer ciertas ventajas relativas fundamentalmente a los aspectos subjetivo-emocional, familiar y social. ¿Cómo podemos explicar e integrar de manera útil estos hallazgos en los conceptos y la práctica convencionales de la psiquiatría?

Una posible objeción se refiere a la validez de los resultados obtenidos de manera empírica. Dada la escasa frecuencia de

proyectos de tipo Soteria, con la consiguiente debilidad cualitativa y cuantitativa de los datos obtenidos hasta el momento en estudios de investigación, debe admitirse ciertamente que los datos empíricos no son suficientes para establecer conclusiones definitivas (para una exposición detallada de los problemas relacionados con la metodología y la interpretación, véase la referencia bibliográfica 13). También es cierto que el 10-15 % de los pacientes esquizofrénicos agudos seleccionados aleatoriamente no pudo ser tratado de manera adecuada en el contexto abierto Soteria. A pesar de ello, bajo nuestro punto de vista, tanto la experiencia clínica de más de 30 años obtenida en diversos contextos Soteria de Norteamérica, Suiza y Alemania, como los datos coincidentes de los estudios de investigación realizados, indican que –efectivamente– hay nuevas posibilidades terapéuticas para la gran mayoría de los esquizofrénicos a través de las líneas terapéuticas no convencionales evaluadas.

En nuestra opinión, tras un análisis más detallado, estas observaciones no son realmente contradictorias con nuestra concepción actual de los fenómenos psicóticos y de la práctica terapéutica. Según el punto de vista integrador del abordaje afectivo-lógico, admitiendo la existencia de factores potentes de regulación e integración de los estados afectivos prevalentes sobre los aspectos cognoscitivos y del comportamiento, el efecto principal del abordaje Soteria se sitúa en el área emocional, con múltiples «efectos secundarios» beneficiosos sobre el funcionamiento global, mental y social. Se acepta generalmente que la psicosis esquizofrénica es el resultado de interacciones complejas y progresivas entre factores biológicos, psicológicos, sociales y ambientales desfavorables, lo que está apoyado fuertemente también por los conceptos actuales de los efectos del estrés y de la plasticidad neural, tanto en las personas normales como en las emocionalmente vulnerables. Además, hay un elevado número de estudios en los que se han demostrado los efectos complementarios entre los abordajes farmacoterapéutico, psicoterapéutico y socioterapéutico. El significado clave del nivel de la tensión emocional en un paciente con riesgo de psicosis, y en su entorno, ha sido confirmado en gran medida por los resultados coincidentes obtenidos en más de 20 estudios efectuados acerca de los efectos de las denominadas «emociones expresadas». Por tanto, no es sorprendente en absoluto que un abordaje terapéutico centrado sistemáticamente en la reducción sostenida de la tensión emocional pueda dar lugar a efectos beneficiosos, dado que este abordaje sustituye en parte y de una forma más fisiológica a los efectos bien conocidos de los antipsicóticos sobre el sistema emocional.

La posibilidad de que el uso de antipsicóticos se pueda reducir espectacularmente en los entornos terapéuticos de tipo Soteria todavía es, según pensamos, una cuestión abierta sobre la que hay que investigar mucho más, prestando especial consideración a las ventajas y desventajas a corto y largo plazo de estos medicamentos. Aunque sabemos ciertamente que los antipsicóticos «atípicos» actuales tienen menos efectos adversos a corto plazo que los antipsicóticos clásicos, no debemos olvidar que todavía hay muy poca información acerca de sus posibles efectos adversos a largo plazo, en pacientes que los tomen durante decenios. En este punto, queremos subrayar también que en la casi totalidad de los estudios efectuados acerca de los efectos de los antipsicóticos en la esquizofrenia se ha despreciado la variable clave representada por la «atmósfera emocional en el contexto terapéutico», por lo que sus resultados deben considerarse gravemente sesgados. Una excepción notable es la constituida por un estudio efectuado hace tiempo sobre las emociones expresadas y en el que sí se obtuvieron efectos similares sobre las tasas de recidiva al administrar dosis significativamente menores de antipsicóticos en situaciones de tensión emocional baja, en comparación con las situaciones de tensión emocional alta (59). Más en la línea del rechazo de Carpenter

y Buchanan (60) de un tratamiento farmacológico «ideológico» frente a un tratamiento psicossocial, que en la línea antifarmacológica radical de Mosher (10, 11), en esta situación hemos optado gradualmente por un uso moderado de los antipsicóticos atípicos modernos, que en la práctica no difiere en gran medida de su uso actual con dosis bajas.

Un aspecto relacionado y muy discutido es el coste económico de la permanencia de los pacientes en un contexto Soteria. Debido a que hoy en día los costes económicos constituyen un factor clave para la supervivencia de los contextos terapéuticos no convencionales como el de tipo Soteria, el problema es el de alcanzar un compromiso viable entre las condiciones terapéuticas óptimas que producen efectos favorables a largo plazo sobre las áreas afectiva y cognitiva (junto con el menor uso posible de antipsicóticos), por un lado, y las restricciones económicas existentes, por otro. En un primer vistazo, la actitud continuada de «estar con» un paciente psicótico –que representa una de las claves del abordaje Soteria– puede parecer muy cara. Por otra parte, los costes de los recursos de personal en Soteria son menores debido a que todas las tareas domésticas (compras, cocina, limpieza, jardinería, mantenimiento de la casa, etc.) se utilizan como herramientas terapéuticas y son realizadas por los propios miembros de la comunidad terapéutica. Así, los costes diarios en Soteria Berna no fueron nunca superiores a los existentes en las plantas convencionales de hospitalización de psiquiatría, en la misma zona geográfica. Incluso mostraron una tendencia constante a ser menores, para resultados similares.

En resumen, consideramos que el abordaje pionero de Soteria, especialmente en la forma flexible adoptada gradualmente en Soteria Berna, pone en evidencia diversas formas de mejora en el tratamiento de los pacientes con esquizofrenia aguda. Aún no se ha evaluado suficientemente si este abordaje se debe reservar sólo para los pacientes esquizofrénicos o si se puede ampliar a otros grupos de pacientes. Por una parte, las unidades de tratamiento centradas específicamente en las necesidades de ciertos grupos diagnósticos han demostrado ser útiles y, así, se utilizan con una frecuencia cada vez mayor (p. ej., en pacientes con depresión o dependientes de alcohol y drogas, pacientes límite o ancianos con trastornos psiquiátricos). Hay al menos el mismo número de razones para crear unidades que atiendan específicamente a los pacientes con esquizofrenia aguda. Por otra parte, los denominados «elementos Soteria» (p. ej., el incremento de la continuidad personal y conceptual, un abordaje más personalizado de los pacientes con enfermedad mental, una convivencia más intensa, etc.) también han sido aplicados con éxito en las plantas convencionales de hospitalización de psiquiatría, en ocasiones con efectos beneficiosos asombrosos sobre la atmósfera general de la planta y, especialmente, sobre la tasa de violencia y la necesidad de aplicar medidas para impedir la (14, 61). Además, las técnicas modernas de prevención temprana de la esquizofrenia están inspiradas en parte en los «elementos Soteria» (62). Todas estas observaciones demuestran que el abordaje Soteria puede ir mucho más allá de su potencial específico en la esquizofrenia.

En conclusión, pensamos que la experiencia Soteria apoya la hipótesis de que los factores emocionales desempeñan un papel mucho más intenso de lo aceptado generalmente tanto en los modos de razonamiento y comportamiento normales como en los patológicos, incluyendo los trastornos esquizofreniformes. Según una declaración ciertamente provocadora incluida en el resumen de una revisión reciente de las experiencias de tipo Soteria (13), «Soteria actúa como un fármaco neuroléptico, pero sin sus efectos adversos». De hecho, los antipsicóticos pueden no influir directamente en las funciones cognitivas sino actuar principalmente a través de su efecto sobre las estructuras límbicas y paralímbicas que regulan el afecto, mejorando secundariamente las funciones cognitivas y la conducta. Tal como demuestra la experiencia Soteria, es posible conseguir efectos

más sostenidos (debido a que están centrados en problemas, relacionados con el contexto y adaptados a la personalidad de manera más específica) de los estados emocionales sobre el razonamiento y el comportamiento a través de actitudes naturales. Una implicación teórica adicional fundamentada en el abordaje afectivo-lógico es la hipótesis de que la esquizofrenia, y no sólo la manía o la depresión, puede ser fundamentalmente una «psicosis afectiva», por supuesto muy particular (63).

World Psychiatry 2004; 3: 140-146

Bibliografía

- Zubin J, Spring B. Vulnerability - a new view on schizophrenia. *J Abnorm Psychol* 1977;6:103-26.
- Nuechterlein KH, Dawson ME. A heuristic vulnerability/stress model of schizophrenic episodes. *Schizophr Bull* 1984;10:300-12.
- Ciampi L. Wie können wir die Schizophrenen besser behandeln? Ein neues Krankheits- und Therapiekonzept. *Nervenarzt* 1981;52:506-15.
- Anderson CM, Hogarty GE, Reiss DJ. Family treatment of adult schizophrenic patients: a psycho-educational approach. *Schizophr Bull* 1980;6:490-505.
- Hogarty GE, Greenwald D, Ulrich RF et al. Three-year trials of personal therapy among schizophrenic patients living with or independent of family. II. Effects on adjustment of patients. *Am J Psychiatry* 1997;154:1514-24.
- Alanen YO, Lehtinen K, Rakkolainen V et al. Need-adapted treatment of new schizophrenic patients: experiences and results of the Turku Project. *Acta Psychiatr Scand* 1991;83:363-72.
- Mosher LR, Menn AJ, Matthews S. Evaluation of a home-based treatment for schizophrenics. *Am J Orthopsychiatry* 1975;45:455-67.
- Mosher LR, Menn AJ. Community residential treatment for schizophrenia: two-year follow-up data. *Hosp Commun Psychiatry* 1978;29:715-23.
- Mosher LR, Vallone R, Menn A. The treatment of acute psychosis without neuroleptics: six-week psychopathology outcome data from the Soteria project. *Int J Soc Psychiatry* 1995;41:157-73.
- Bola JR, Mosher LR. At issue: predicting drug-free treatment response in acute psychosis from the Soteria project. *Schizophr Bull* 2002;28:559-75.
- Bola JR, Mosher LR. Treatment of acute psychosis without neuroleptics: two-year outcomes from the Soteria project. *J Nerv Ment Dis* 2003;191:219-29.
- Ciampi L, Dauwalder HP, Maier C et al. The pilot project "Soteria Berne". Clinical experiences and results. *Br J Psychiatry* 1992;161:145-53.
- Ciampi L, Hoffmann H, Broccard M (eds). *Wie wirkt Soteria? Eine atypische Schizophreniebehandlung - kritisch durchleuchtet*. Bern: Huber, 2001.
- Kroll B, Machleidt W, Debus S et al. Auswirkungen der Soteria-Idee in Deutschland und Österreich. In: Ciampi L, Hoffmann H, Broccard M (eds). *Wie wirkt Soteria? Eine atypische Schizophreniebehandlung - kritisch durchleuchtet*. Bern: Huber, 2001:181-205.
- Bleuler M. *The schizophrenic disorders. Long term patient and family studies*. New Haven: Yale University Press, 1978.
- Ciampi L, Müller C. *Lebensweg und Alter der Schizophrenen. Eine katamnestic Langzeitstudie bis ins Alter*. Berlin: Springer, 1976.
- Huber G, Gross G, Schüttler R. *Schizophrenie. Eine verlaufs- und sozialpsychiatrische Langzeitstudie*. Berlin: Springer, 1979.
- Huber G, Gross G, Schüttler R et al. Longitudinal studies of schizophrenic patients. *Schizophr Bull* 1980;6:592-605.
- Ciampi L. Catamnestic long-term studies on the course of life of schizophrenics. *Schizophr Bull* 1980;6:606-18.
- Ciampi L. Learning from outcome studies. Toward a comprehensive biological-psychological understanding of schizophrenia. *Schizophr Res* 1988;1:373-84.
- Harding CM, Brooks GW, Ashikaga T et al. The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness. I. Methodology, study sample, and overall status 32 years later. *Am J Psychiatry* 1987;144:716-26.
- Harding CM, Brooks GW, Ashikaga T et al. The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness. II. Long-term outcome of subjects who retrospectively met DSM-III criteria for schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1987;144:727-37.
- Ogawa K, Miya M, Watarai A et al. A long-term follow-up study of schizophrenia in Japan - with special reference to the course of social adjustment. *Br J Psychiatry* 1987;151:758-65.
- McGlashan TH. A selective review of recent North American long-term followup studies of schizophrenia. *Schizophr Bull* 1988;14:515-42.
- Hogarty GE, Goldberg SC. Drugs and sociotherapy in the after-care of schizophrenic patients: one-year relapse rates. *Arch Gen Psychiatry* 1973;28:54-64.
- Hogarty GE, Goldberg SC, Schooler NR et al. Drugs and sociotherapy in the after-care of schizophrenic patients II: Two-year relapse rates. *Arch Gen Psychiatry* 1974;1:603-8.
- Ciampi L, Dauwalder HP, Agué C. Ein Forschungsprogramm zur Rehabilitation psychisch Kranker. II. Querschnittsuntersuchung einer Population von chronischen Spitalpatienten. *Nervenarzt* 1978;9:332-8.
- Ciampi L, Dauwalder HP, Agué C. Ein Forschungsprogramm zur Rehabilitation psychisch Kranker. III. Längsschnittuntersuchungen zum Rehabilitationserfolg und zur Prognostik. *Nervenarzt* 1979;50:366-78.
- Carter JW, Schulsinger F, Parnas J et al. A multivariate prediction model of schizophrenia. *Schizophr Bull* 2002;28:649-82.
- Wing JK, Brown GW. *Institutionalism and schizophrenia. A comparative study of three mental hospitals 1960-1968*. Cambridge: University Press, 1970.
- Mednick SA, Schulsinger F, Schulsinger H. Schizophrenia in children of schizophrenic mothers. In: Davis W (ed). *Childhood personality and psychopathology. Current topics*. New York: Wiley, 1975:169-97.
- Mednick SA, Schulsinger F, Teasdale TW et al. Schizophrenia in high-risk children. Sex differences in predisposing factors. In: Serban G (ed). *Cognitive defects in the development of mental illness*. New York: Brunner & Mazel, 1978:169-97.
- Parnas J, Teasdale TE, Schulsinger H. Institutional rearing and diagnostic outcome in children of schizophrenic mothers: a prospective high risk study. *Arch Gen Psychiatry* 1985;42:762-9.
- Tienari P, Sorri A, Lathi I et al. Interaction of genetic and psychosocial factors in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 1985;71:19-30.
- World Health Organization. *Schizophrenia. An international follow-up study*. Chichester: Wiley, 1979.
- Sartorius N, Jablensky A, Ernberg G et al. Course of schizophrenia in different countries: some results of a WHO international comparative 5-year follow-up study. In: Häfner H, Gattaz W, Janzarik W (eds). *Search for the causes of schizophrenia*. Berlin: Springer, 1987:107-13.
- Leff J, Kuipers L, Berkowitz R et al. A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients. *Br J Psychiatry* 1982;141:121-34.
- Leff J, Vaughn C. *Expressed emotions in families. Its significance for mental illness*. New York: Guilford, 1985.
- Kavanagh DJ. Recent developments in expressed emotion and schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1992;160:601-20.

40. Ciompi L. Affektlogik. Über die Struktur der Psyche und ihre Entwicklung. Ein Beitrag zur Schizophrenieforschung. Stuttgart: Klett-Cotta, 1982 (English version: The psyche and schizophrenia. The bond between affect and logic. Cambridge: Harvard University Press, 1988).
41. Ciompi L. Affect logic: an integrative model of the psyche and its relations to schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1994;64:51-5.
42. Ciompi L. The concept of affect logic. An integrative psychosocio-biological approach to understanding and treatment of schizophrenia. *Psychiatry* 1997;60:158-70.
43. Hoffmann H, Ciompi L. Schizophrene Langzeitverläufe aus affektlogischer Perspektive. *Psycho* 1996;22:703-12.
44. Ciompi L. Non-linear dynamics of complex systems. The chaos-theoretical approach to schizophrenia. In: Brenner H-D, Böker W, Genner R (eds). *Toward a comprehensive therapy of schizophrenia*. Seattle: Hogrefe & Huber, 1997:18-31.
45. Tschacher W, Scheier C, Aebi E. Non-linearity and chaos in the course of psychoses - an empirical classification of dynamics. In: Brenner HD, Böker W, Genner R (eds). *Towards a comprehensive therapy for schizophrenia*. Seattle: Hogrefe & Huber, 1997:32-48.
46. Hoffmann H. Interfaces in community psychiatry. *Int J Ment Health* 1988;26:27-42.
47. Simon FB. Soteria - Eine Ersatzfamilie? In: Ciompi L, Hoffmann H, Broccard M (eds). *Wie wirkt Soteria? Eine atypische Schizophreniebehandlung - kritisch durchleuchtet*. Bern: Huber, 2001: 135-58.
48. Herz MI, Stymanski HV, Simon JC. Intermittent medication for stable schizophrenic outpatients: an alternative to maintenance medication. *Am J Psychiatry* 1982;39:918-22.
49. Carpenter WT, Heinrichs DW. Early intervention time limited, targeted pharmacotherapy in schizophrenia. *Schizophr Bull* 1983;9:533-42.
50. Herz MI. Prodromalsymptome, intermittierende Medikation und Rezidivprophylaxe bei Schizophrenie. In: Böker W, Brenner HD (eds). *Integrative Therapie der Schizophrenie*. Bern: Huber 1996;264-77.
51. Ciompi L, Dauwalder HP, Maier C et al. Das Pilotprojekt "Soteria Bern" zur Behandlung akut Schizophrener. I. Konzeptuelle Grundlagen, praktische Realisierung, klinische Erfahrungen. *Nervenarzt* 1991;2:428-35.
52. Aebi E, Ackermann K, Revenstorf D. Ein Konzept der sozialen Unterstützung für akut Schizophrene - Zeitreihenanalysen täglicher Fluktuationen psychotischer Merkmale. *Z Klin Psych Psychopath Psychother* 1993;41:18-30.
53. Matthews SM, Roper MT, Mosher LR et al. A non-neuroleptic treatment of schizophrenia: analysis of the two-year postdischarge risk of relapse. *Schizophr Bull* 1979;5:322-33.
54. Ciompi L, Kupper Z, Aebi E et al. Das Pilotprojekt "Soteria Bern" zur Behandlung akut Schizophrener. II. Ergebnisse der vergleichenden prospektiven Verlaufstudie über zwei Jahre. *Nervenarzt* 1993;64:440-50.
55. Gunderson JG. A reevaluation of milieu therapy for nonchronic schizophrenic patients. *Schizophr Bull* 1980;6:64-9.
56. Ellsworth RB. Characteristics of effective treatment milieus. In: Gunderson JG, Will OA, Mosher LR (eds). *The principle and practices of milieu therapy*. New York: Aronson, 1983:87-123.
57. Carpenter WT, McGlashan TH, Strauss JS. The treatment of acute schizophrenia without drugs: an investigation of some current assumptions. *Am J Psychiatry* 1977;134:14-20.
58. Cullberg J, Levander S, Holmquist R et al. One-year outcome in first episode psychosis patients in the Swedish Parachute project. *Acta Psychiatr Scand* 2002;106:276-85.
59. Vaughn C, Leff J. The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness. A comparison of schizophrenic and depressed neurotic patients. *Br J Psychiatry* 1976;129:125-37.
60. Carpenter WT, Buchanan RW. Commentary on the Soteria project: misguided therapeutics. *Schizophr Bull* 2002;28:577-81.
61. Eickmann F, Jiko I. Soteriaelemente in der psychiatrischen Pflichtversorgung. Möglichkeiten der Gewaltvermeidung. In: Wollschläger M (ed). *Sozialpsychiatrie. Entwicklungen, Kontroversen, Perspektiven*. Tübingen: DGVT-Verlag, 2001:521-9.
62. Klosterkötter J. Stellungnahmen von unabhängigen Experten. In: Ciompi L, Hoffmann H, Broccard M (eds). *Wie wirkt Soteria? Eine atypische Schizophreniebehandlung - kritisch durchleuchtet*. Bern: Huber, 2001:225-30.
63. Ciompi L. Is schizophrenia an affective disease? The hypothesis of affect-logic and its implications for psychopathology. In: Flack WF, Laird JD (eds). *Emotions in psychopathology: theory and research*. New York: Oxford University Press, 1998:283-97.

Prevención del suicidio: ámbitos de intervención

JOSÉ M. BERTOLOTE

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

En este artículo se revisan las medidas de prevención del suicidio según el programa de evaluación, los factores de riesgo y protectores, el tipo de intervención, el ámbito de intervención y la interfaz entre los ámbitos clínico y de salud pública. En casi un siglo de experiencia hemos aprendido unas pocas lecciones importantes: dado que el suicidio está influido por factores socioculturales, no hay ninguna indicación segura de que las medidas que funcionan en un lugar lo van a hacer también en otro; para que sean relevantes desde el punto de vista de la salud pública, los programas de prevención del suicidio deben exponer claramente sus objetivos; las acciones de carácter aislado tienen una probabilidad mucho menor de ofrecer resultados significativos en el ámbito de la población, en comparación con los abordajes más estructurados en los que se integran medidas de salud pública y actividades individuales, junto con el seguimiento y apoyo social apropiados.

Palabras clave: suicidio, prevención, factores de riesgo, factores de protección, salud pública, contexto clínico

En 1942, el filósofo existencialista Albert Camus escribió: «Sólo hay un problema filosófico realmente serio: el suicidio» (1). Si así fuera, ¿por qué están todavía interesados los psiquiatras en este problema filosófico, más de 60 años después? Bien, los suicidios son fallecimientos, y la psiquiatría —como parte de la medicina— tiene un gran interés por la muerte, al igual que por lo que hay detrás de ella y por su prevención o aplazamiento. Si, tal como parece, detrás del suicidio hubiera una serie de trastornos mentales y de sufrimiento (2, 3), entonces la prevención y el tratamiento apropiados de estos trastornos mentales representarían en última instancia una forma de prevención del suicidio.

Desde una perspectiva histórica, el suicidio (o el asesinato de uno mismo, tal como se denominaba en la mayor parte de las lenguas europeas antes del siglo XVII [4]) ha estado durante muchos siglos en el punto de mira de teólogos, juristas, filósofos, especialistas en demografía, sociólogos y —recientemente— psicólogos, antropólogos, epidemiólogos, literatos, artistas, historiadores, lingüistas y un largo etc. La medicina comenzó a presentar un interés más sistemático por el suicidio a partir del siglo XVII y, con mucha frecuencia, a través de los psiquiatras y en relación con la melancolía.

A partir del siglo XVIII, la conexión entre suicidio y trastornos mentales (o la locura, por utilizar un término de la época) quedó firmemente establecida en la mente de la mayor parte de los psiquiatras, hasta el punto de atribuir a la locura cualquier fallecimiento que no pudiera ser adscrito a una causa natural (5). En 1801, Pinel señaló que existía una relación entre las lesiones de los órganos internos que daban lugar a un «estado de sentimiento doloroso» y el suicidio. Unos pocos años después, en 1838, Esquirol escribió que «todos los que se suicidan están locos»,

mientras que en 1845 Bourdin afirmó categóricamente que el suicidio «siempre es una enfermedad y es en todos los casos un acto de locura mental».

Desde entonces, la polaridad entre los especialistas que consideran el suicidio como una consecuencia de un trastorno mental (sea debido a una causa biológica o genética, o bien a factores psicológicos) y los que lo conciben como consecuencia de otras causas (sociales, económicas, existenciales, etc.) ha predominado sobre otras consideraciones; incluso la legislación pertinente promulgada durante el siglo XX refleja esta polaridad.

Como consecuencia, todo ello dio lugar a la consideración del suicidio, en el contexto sanitario, en un punto entre la salud pública y la psiquiatría (6). A partir de esta doble perspectiva, en este artículo se expondrá la prevención del suicidio según el programa de evaluación, los factores de riesgo y protectores, el tipo de intervención, el ámbito de intervención y la interfaz entre los ámbitos clínico y de salud pública.

SUICIDIO, INTENTOS DE SUICIDIO, COMPORTAMIENTOS SUICIDAS

En 1964, Stengel (7) propuso —reflejando así una percepción clínica común en la época— que las personas que consumaban el suicidio y las que intentaban el suicidio constituían dos grupos de pacientes distintos. En la base de esta distinción estaba la intención de morir (presente en los primeros y ausente en los segundos), aunque también se consideraban factores demográficos (el suicidio era consumado predominantemente por varones de edad avanzada e intentado predominantemente por mujeres jóvenes) y epidemiológicos (predominio de trastornos psicóticos entre los pacientes que

consumaban el suicidio y predominio de trastornos de la personalidad y de ajuste en los pacientes que intentaban el suicidio); finalmente, los medios utilizados también contribuyeron a diferenciar ambos tipos de pacientes: el primer grupo utilizaba medios de carácter más mortal, mientras que el segundo utilizaba medios menos letales.

Debido posiblemente al hecho de que el resultado del suicidio consumado es mucho más obvio (y grave) que el del intento de suicidio, la bibliografía es mucho más abundante respecto al primero. Además, la información (que depende de los sistemas de notificación y de los indicadores) ha sido mucho más abundante respecto al suicidio consumado que a los intentos de suicidio. Por ejemplo, en muchos países hay amplias series temporales de datos respecto a la mortalidad asociada al suicidio, mientras que no existen prácticamente datos relativos a los intentos de suicidio.

En cualquier caso, dados los cambios demográficos recientes, las modificaciones en la estructura social y, quizá lo más importante, la mayor disponibilidad de medios más letales para su uso en los intentos de suicidio, se han vuelto borrosas las líneas de demarcación entre las «poblaciones» de suicidas consumados y las de personas que intentan el suicidio. Todo ello ha traído como consecuencia la necesidad de encontrar un término genérico que pueda incluir a ambos grupos de pacientes. Bajo la influencia de la psicología norteamericana, el término que se utiliza en la actualidad con este objetivo es el de comportamiento suicida, que es el que se usa también en este artículo.

MEDIDAS DE PREVENCIÓN

Las medidas sistemáticas y documentadas de prevención del suicidio tienen

casí un siglo de antigüedad (8). Los programas de prevención del suicidio fueron iniciados en Nueva York (National Save-A-Life League) y en Londres (Suicide Prevention Department of the Salvation Army) en 1906; en Viena (Suicide Prevention Agency), en 1948, y en Berlín (Suicide Prevention Service), en 1956. Aunque estas iniciativas se mantuvieron casi exclusivamente en sus respectivos países, la iniciada en 1953 por los Samaritanos en Londres se propagó rápidamente a numerosos países bajo el mismo principio de «la protección» (*befriending*). Hoy en día son incontables los servicios de prevención del suicidio, así como también los «centros de crisis» cuyo objetivo es la prevención del suicidio.

Tras casi un siglo de medidas de prevención, debería poseerse la información necesaria como para evaluar su eficacia. Realmente, se han publicado numerosos artículos acerca de esta cuestión, en ocasiones con resultados contradictorios (cuando no totalmente desconcertantes), debido posiblemente a que el control de las variables implicadas en el proceso del suicidio ha sido únicamente parcial. Si alguna de estas diversas medidas aplicadas hubiera demostrado una superioridad incontestable y universal sobre las demás, con toda probabilidad ya habría sido adoptada de manera genérica. En realidad, lo que se observa es la existencia de defensores de diversos programas y teorías de prevención que intentan (sin demasiado éxito) convencer a los demás de sus propios métodos.

En una revisión detallada de la evidencia de la eficacia de las intervenciones para la prevención del suicidio, publicada por Gunnell y Frankel en 1994 (9), se analizó la bibliografía publicada en lengua inglesa desde 1975 en adelante. Sólo dos de los 19 estudios identificados se habían realizado con asignación aleatoria y control (10, 11). Los resultados de la mayor parte de los estudios restantes estaban fundamentados en la opinión de expertos o de comités de expertos, o bien en la experiencia clínica. Al analizar los resultados obtenidos en los estudios que combinan el contexto y las formas de intervención, así como la exposición a la intervención, el triste resultado es que el mayor porcentaje alcanzado en la reducción de las tasas de suicidio ha sido del 4 %.

Con algunas pocas excepciones notables, la mayor parte de los estudios de investigación sobre el suicidio refleja claramente los puntos de vista ideológicos y etiológicos de sus autores y aborda los factores (p. ej., sociales, económicos, genéticos, psicopatológicos, etc.) que los autores consideran que son relevantes en el proceso del suicidio, ignorando por completo los demás factores. Debido a ello,

un resultado positivo y concluyente observado con frecuencia en un estudio no se puede reproducir en otra situación, en la cual las variables no controladas sean distintas (a pesar de que generalmente sólo se dan a conocer los resultados «positivos», dado que los resultados «negativos» no suelen ser bienvenidos por la revistas científicas).

En muchos casos, la falta de precisión de los programas con respecto a los objetivos y a los indicadores hace que la evaluación detallada constituya una tarea difícil. Los objetivos de los programas de prevención varían ampliamente: desde la modificación del proceso psicopatológico subyacente (p. ej., la ideación suicida) hasta la reducción de la morbilidad (p. ej., los intentos de suicidio) o la reducción de la mortalidad asociada al suicidio. Por tanto, los indicadores de eficacia deberían ser idealmente indicadores de proceso o de resultado. Sin embargo, muchos programas dirigidos (implícita o explícitamente) hacia la modificación del proceso psicopatológico o de la morbilidad son evaluados frente a las modificaciones de las tasas de mortalidad, mientras que algunos programas cuyo objetivo es la reducción de la mortalidad por suicidio presentan sus resultados como una mejora de las características psicopatológicas o de la morbilidad (o bien de indicadores colaterales, como la integración social); esto ocurre especialmente cuando el resultado no se corresponde con lo esperado y planteado al inicio del programa.

Hasta el momento, posiblemente el único programa para la prevención del suicidio aplicado en el ámbito nacional y a gran escala en el que se ha realizado una implementación y evaluación completa es el Finnish Suicide Prevention Project (1986-1996). Su objetivo era el de «reducir en 1995 la tasa de suicidio en un 20 %, en comparación con la situación anterior al inicio del proyecto». La evaluación realizada en 1996 demostró una reducción del 8,7 % entre 1987 y 1996 (con una disminución del 17,5 % entre los años 1990 y 1996) (12).

FACTORES DE RIESGO Y FACTORES DE PROTECCIÓN

Una gran parte de la investigación realizada sobre el suicidio ha girado en torno al riesgo y, en menor grado, alrededor de los factores de protección. De todos modos, los datos empíricos relativos a los factores de riesgo para el suicidio son mucho más abundantes que los concernientes a los factores de protección, debido posiblemente al hecho de que su determinación es más sencilla; en otras palabras, son más numerosos los estudios en

los que se ha evaluado la asociación entre el suicidio y determinados factores de riesgo (con independencia de si son o no modificables, o bien susceptibles de intervención controlada) que los estudios realizados sobre los factores de protección (que permanecen todavía fundamentalmente en el ámbito de lo teórico).

La bibliografía relativa a los factores de riesgo para el suicidio y para los comportamientos de tipo suicida es muy extensa (aunque no siempre tan crítica como sería deseable); los lectores interesados pueden analizar las revisiones críticas: Goldney (13), Beautrais (14), Wasserman (15) y Hosman y cols. (16). Forster y Wu (17) también han propuesto una tipología interesante acerca de los posibles factores de riesgo modificables y no modificables (tabla 1). La mayor parte de los estudios efectuados sobre los factores de riesgo ha tenido un diseño retrospectivo, y en ellos se ha utilizado generalmente una única variable discreta identificada en la cercanía temporal al episodio de suicidio, mientras que los factores de protección frente al suicidio permanecen todavía en un nivel teórico de discusión debido posiblemente a la interconexión que hay entre la mayor parte de los factores de protección y otras variables, así como debido a su larga proyección temporal que complica en gran medida la realización de estudios con diseño y control adecuados. Durlak y Wells (18) han revisado algunas de estas dificultades y han señalado diversas formas de mejorar la investigación relacionada con esta cuestión.

Mientras que los factores de riesgo y los factores de protección siguen constituyendo una de las áreas más interesantes de la investigación sobre el suicidio, su traducción en programas consensuados y eficaces de prevención del suicidio requiere todavía tanto la demostración como la evidencia. Uno de los obstáculos principales a esta traducción es la distinción, no siempre considerada, entre factores de riesgo «fijos» y factores de riesgo «potencialmente modificables».

Posiblemente, el mejor método para estimar la contribución de los factores de riesgo específicos es el cálculo de lo que se conoce como riesgo atribuible en la población (RAP). Brevemente, en este caso, el RAP ofrece una indicación de la reducción porcentual de las tasas de mortalidad cuando se elimina un factor concreto que supuestamente está relacionado de manera causal con el suicidio.

El RAP puede perseguir dos objetivos: por una parte, en relación con los factores «fijos» indica cuáles son los grupos y los individuos que, debido a que presentan un riesgo incrementado y no modificable, obtendrán mayores efectos beneficiosos de un programa de seguimiento

estrecho; por otra parte, en lo que se refiere a los factores modificables, indica claramente el tipo de intervención necesaria, tanto hacia el individuo como hacia la población. Los distintos ejemplos de la estimación del RAP han señalado que en la consideración de las personas con antecedentes familiares de suicidio (19) o de las que sufren trastornos relacionados con sustancias es posible una reducción de las tasas de suicidio del 9 al 29 %. Hay una necesidad urgente de considerar el RAP al diseñar e implementar programas de prevención del suicidio.

TIPOS DE INTERVENCIÓN

La discusión detallada de la eficacia comparativa de los distintos tipos de intervención queda fuera del alcance de este artículo. En términos generales, las intervenciones principales para la prevención del suicidio se pueden agrupar bajo los encabezamientos siguientes:

Reducción del acceso a los métodos y medios de suicidio. En una revisión general de las pruebas existentes se señala que la reducción en el acceso a los métodos de suicidio (p. ej., medicamentos, pesticidas, tubos de escape de los automóviles, armas de fuego) es quizá la forma de intervención que tiene un mayor impacto en el ámbito de la población (20).

Tratamiento de las personas que sufren trastornos mentales. Es destacable el hecho de que la introducción a mediados del siglo xx de la medicación eficaz para el control de los trastornos mentales graves asociados al suicidio (p. ej., depresión, esquizofrenia) no dio lugar a una reducción significativa en las tasas nacionales de suicidio en los países en los que dicha medicación se utilizó con frecuencia. La reciente introducción de los nuevos antidepresivos ha dado lugar a resultados controvertidos respecto a su im-

pacto sobre las tasas de suicidio (21). No obstante, se ha demostrado que el impacto es mucho mayor cuando se evalúan enfermedades específicas (p. ej., la depresión mayor [22] y la esquizofrenia [23]) o abordajes terapéuticos concretos (p. ej., administración de litio en los trastornos del estado de ánimo [24]). Posiblemente, el seguimiento estrecho de las personas con antecedentes de intento de suicidio también se podría incluir bajo este encabezamiento (25).

Perfeccionamiento de la manera en la que se presenta el suicidio en los medios de comunicación. Aunque hay datos que muestran que se ha perfeccionado la manera en la que se presenta el suicidio en los medios de comunicación (26), todavía no se ha demostrado de manera convincente el impacto de esta forma de intervención en el ámbito nacional.

Formación específica del personal sanitario de asistencia primaria. Aunque citada con frecuencia, la evidencia de la eficacia de la formación específica del personal sanitario de asistencia primaria como medida para la prevención del suicidio sigue estando fundamentada en un único ejemplo notable –aunque limitado tanto en términos geográficos como en términos de diferencias de sexo– que tuvo lugar en la isla de Gotland (27). Los estudios de gran envergadura que se están realizando actualmente (p. ej., en Hungría y Reino Unido [28]) posiblemente ofrezcan datos adicionales acerca de esta cuestión.

Programas escolares. Podemos decir lo mismo de los programas escolares. El ejemplo, citado constantemente, de Dade County (29) (que, no obstante, fue un estudio orientado más hacia los intentos de suicidio que hacia el suicidio consumado) continúa siendo, desafortunadamente, el único. Posiblemente, la evaluación detallada de otros programas similares que se están aplicando actual-

mente (p. ej., en Estocolmo) contribuirá a aportar datos adicionales, tan necesarios. En la planificación e implementación de programas escolares relativos a comportamiento suicida hay que considerar con detalle las características específicas, tanto del entorno como epidemiológicas, de las distintas poblaciones escolares (30).

Uso de líneas telefónicas de orientación disponibles las 24 horas y de centros de crisis. A pesar de su popularidad y atractivo, hasta el momento no se han obtenido pruebas concluyentes de la eficacia de la prevención del suicidio mediante la implantación de líneas telefónicas de ayuda disponibles las 24 horas y de centros de crisis (31, 32). Supuestamente, parece que su eficacia en cuanto a la ayuda de las personas en crisis (no necesariamente de tipo suicida) es mucho mayor que su impacto en las tasas de suicidio.

ÁMBITOS DE INTERVENCIÓN

Para la consideración global del impacto inducido por los programas de prevención del suicidio en el área de la salud pública, el modelo desarrollado por Mrazek y Haggerty (33) puede ser especialmente útil. Brevemente, en este modelo se clasifican las intervenciones de prevención según su grado de cobertura, es decir, intervenciones universales, selectivas o indicadas. En la tabla 2 se muestran algunos ejemplos de estas intervenciones generales y específicas para la prevención del suicidio.

Un análisis más detallado de los numerosos abordajes y programas reales o propuestos para la prevención del suicidio, algunos de los cuales ya han sido mencionados, indica que –según el modelo de Mrazek y Haggerty– hay una evidencia mayor respecto a la aplicación de estos

Tabla 1 Factores de riesgo principales para suicidio (adaptado y modificado de la referencia bibliográfica 17)

Factores «fijos»	Factores potencialmente modificables
Sexo	Acceso a los medios
Edad	Trastornos mentales
Raza	Enfermedades médicas
Orientación sexual	Aislamiento social
Intentos previos	Estado civil
	Situación laboral
	Ansiedad
	Desesperanza
	Satisfacción vital

Tabla 2 Ejemplos de intervenciones de prevención eficaces respecto a los comportamientos suicidas, según el grado de cobertura

Intervención	Prevención de trastornos mentales	Prevención del suicidio
Universal	Asistencia prenatal adecuada	Limitación del acceso a sustancias tóxicas
Selectiva	Apoyo psicológico a las personas en situación de crisis o con enfermedades físicas	Tratamiento de las personas con trastornos mentales (incluyendo los trastornos relacionados con sustancias)
Indicada	Programas dirigidos a padres de niños en edad preescolar con actitudes importantes de agresión y rebeldía	Seguimiento terapéutico estrecho de los pacientes con trastorno bipolar o con episodios psicóticos recurrentes Seguimiento estrecho (psicosocial) de las personas con antecedentes de intento de suicidio

programas en intervenciones universales e indicadas que en intervenciones selectivas. Esta conclusión no es diferente de la que se puede establecer en el conjunto de la asistencia en salud mental (34).

INTEGRACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE SALUD PÚBLICA Y CLÍNICAS

En conjunto, los especialistas en suicidio y los clínicos son mucho más optimistas respecto a la eficacia de las medidas para la prevención del suicidio que los funcionarios de salud pública. Posiblemente, todos tienen razón, aunque no siempre podemos encontrar a clínicos, especialistas en suicidio y funcionarios de salud pública trabajando codo con codo (35). Se necesita urgentemente un abordaje integrado que permita acercar los objetivos específicos y los indicadores de resultado que aplican estos tres grupos de profesionales, teniendo en cuenta las diferencias en sus respectivos métodos y técnicas. Además, este abordaje integrado debería considerar los factores de riesgo y los factores protectores en las intervenciones universales, selectivas e indicadas. Algunos de estos factores pueden ser aplicados con mayor facilidad en contextos clínicos e individualmente. En la figura 1 se muestra esquemáticamente este modelo conceptual integrado.

CONCLUSIONES

La experiencia en la prevención del suicidio tiene casi un siglo y nos ha permitido aprender algunas pocas lecciones importantes:

- Dado que el suicidio está influido de manera intrínseca por los factores socioculturales, no hay seguridad de que

las medidas que funcionan en un área geográfica vayan a hacerlo también en otra. Se ha demostrado que los programas de prevención del suicidio pueden ser útiles en ciertos momentos y en ciertos lugares. Sin embargo, el «trasplante directo» de las políticas y programas de prevención del suicidio sin una consideración plena de todos los factores relacionados va a dar lugar a resultados frustrantes.

- Para su desarrollo en el área de salud pública, los programas de prevención del suicidio deben declarar claramente cuáles son sus objetivos (es decir, los resultados específicos que se desea obtener en un marco temporal). Sin ello, sólo serán iniciativas bienintencionadas, con numerosos resultados útiles de carácter colateral, pero quizá sin una disminución real de las tasas de comportamientos suicida.
- Las actividades de carácter aislado tienen una probabilidad mucho menor de influir de manera significativa en los resultados en el ámbito de la población, en comparación con los abordajes más sofisticados y estructurados que integran medidas de salud pública y medidas asistenciales individuales junto a sistemas adecuados de seguimiento y de apoyo social.

En lo que se refiere a la prevención de los comportamientos suicidas, hemos aprendido muchas cosas sobre qué hacer y con quién, dónde y cuándo hacerlo. Hoy en día, tenemos una idea mucho más clara del papel específico que desempeñan las autoridades políticas y sanitarias, el personal sanitario, los profesionales de la salud mental, los psiquiatras, los periodistas, las personas que han sobrevivido al suicidio y la sociedad en su conjunto. Sin embargo, todavía hay mucho por mejorar con respecto a lo que sabemos acerca

de qué hacer, a quién y con quién, cuándo y dónde hacerlo. Hemos aprendido mucho, pero todavía nos queda un largo camino antes de alcanzar los objetivos finales.

Me gustaría concluir citando una vez más a Camus, con el que estoy personalmente de acuerdo como médico, psiquiatra, funcionario de salud pública y persona que vive en el mundo, «únicamente a través de la toma de conciencia puede transformarse en una norma de vida lo que era una invitación a la muerte, rechazando así el suicidio». Las limitaciones que padecemos en la actualidad no deben detenernos; al contrario, deben constituir un fuerte estimulante para mejorar la eficacia de nuestras estrategias y metodologías actuales respecto a la prevención del suicidio en los ámbitos clínico y de salud pública.

Agradecimientos

El autor quiere expresar su profunda gratitud a los Dres. Saraceno y Fleischmann, y a la Sra. R. Seminario, por sus comentarios sobre los primeros bocetos de este artículo.

World Psychiatry 2004; 3: 147-151

Bibliografía

1. Camus A. *Le mythe de Sisyphe*. Paris: Gallimard, 1942.
2. Bertolote JM, Fleischmann A. Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. *World Psychiatry* 2002;1: 181-5.
3. Phillips MR. Suicide rates in China. *Lancet* 2002;359:2274.
4. Minois G. *L'histoire du suicide*. Paris: Fayard, 1995.
5. MacDonald M, Murphy T. *Sleepless souls: suicide in early modern England*. Oxford: Clarendon Press, 1990.
6. De Leo D, Bertolote J, Lester D. Self-directed violence. In: Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA et al (eds). *World report on health and violence*. Geneva: World Health Organization, 2002:183-212.
7. Stengel E. *Suicide and attempted suicide*. Baltimore: Penguin Books, 1964.
8. Shneidman ES. Suicide prevention. In: Corsini R (ed). *Encyclopedia of psychology*. New York: Wiley, 1984;3:383.
9. Gunnel D, Frankel S. Prevention of suicide: aspirations and evidence. *Br Med J* 1994;308:1227-33.
10. Litman RE. Anti-suicide program conducts controlled study. *Evaluation* 1976; 3:36-7.
11. Motto JA. Suicide prevention for high risk persons who refuse treatment. *Suicide Life Threat Behav* 1976;6:223-30.

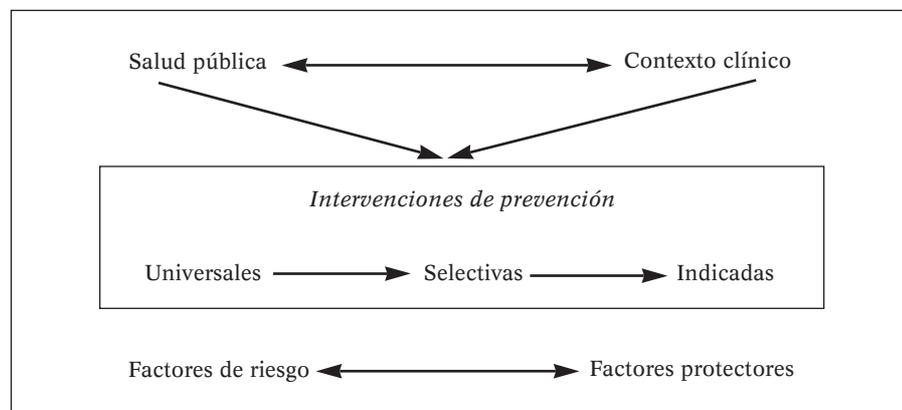


Figura 1. Prevención de los comportamientos suicidas: integración de los abordajes de salud pública y clínico.

12. Upanne M, Hakanen J, Rautava M. Can suicide be prevented? The Suicide Project in Finland 1992-1996: goals, implementation and evaluation. Helsinki: Stakes, 1999.
13. Goldney RD. Variation in suicide rates: the "Tipping Point". *Crisis* 1998;19:136-8.
14. Beautrais A. Risk factors for suicide and attempted suicide among young people. *Aust N Zeal J Psychiatry* 2000;34:420-36.
15. Wasserman D. *Suicide - an unnecessary death*. London: Dunitz, 2001.
16. Hosman C, Wasserman D, Bertolote J. Prevention of suicide. In: Hosman C, Jane Llopi E, Saxena S (eds). *Evidence-based prevention of mental disorders*. Oxford/Geneva: Oxford University Press/World Health Organization (in press).
17. Forster P, Wu L. Assessment and treatment of the suicidal patient in an emergency setting. In: Allen MH (ed). *Emergency psychiatry*. Washington: American Psychiatric Publishing, 2002:75-113.
18. Durlak JA, Wells AM. Primary prevention mental health programs: the future is exciting. *Am J Commun Psychol* 1997;25:233-43.
19. Qin P, Agerbo E, Mortensen PB. Suicide risk in relation to socioeconomic, demographic, psychiatric, and family factors: a national register-based study of all suicides in Denmark, 1981-1997. *Am J Psychiatry* 2003;160:765-72.
20. Lester D. Preventing suicide by restricting access to methods for suicide. *Arch Suicide Res* 1998;4:7-24.
21. World Health Organization. *The controversial evidence of the population impact on suicide rates of new antidepressants*. Geneva: World Health Organization (in press).
22. Angst J, Angst F, Stassen HH. Suicide risk in patients with major depressive disorder. *J Clin Psychiatry* 1999;60(Suppl. 2):57-62.
23. Meltzer HY. Treatment of suicidality in schizophrenia. *Ann NY Acad Sci* 2001;932:44-58.
24. Coppen A. Lithium in unipolar depression and the prevention of suicide. *J Clin Psychiatry* 2000;61(Suppl. 9):52-6.
25. Retterstöl N, Mehlun N. Attempted suicide as a risk factor for suicide: treatment and follow-up. In: Wasserman D (ed). *Suicide - an unnecessary death*. London: Dunitz, 2001:125-31.
26. Schmidtke A, Schaller S. The role of mass media in suicide prevention. In: Hawton K, van Heeringen K (eds). *The international handbook of suicide and attempted suicide*. New York: Wiley, 2000:675-97.
27. Rutz W, von Knorring L, Wallinder J. Frequency of suicide on Gotland after systematic postgraduate education of general practitioners. *Acta Psychiatr Scand* 1989;80:151-4.
28. Thompson C, Kinmonth AL, Stevens L et al. Effects of a clinical-practice guideline and practice-based education on detection and outcome of depression in primary care: Hampshire Depression Project randomised controlled trial. *Lancet* 2000;355:185-91.
29. Zenere FJ, Lazarus PJ. The decline of youth suicidal behaviour in an urban, multicultural public school system following the introduction of a suicide prevention and intervention programme. *Suicide Life Threat Behav* 1997;27:387-402.
30. Silverman MM, Meyer PM, Sloane F et al. The big ten student suicide study: a 10-year study of suicides on Midwestern university campuses. *Suicide Life Threat Behav* 1997;27:285-303.
31. Diekstra RF, Kerkhof AJ. The prevention of suicidal behaviour: a review of effectiveness. In: Maes S, Leventhal H, Johnston M (eds). *International review of health psychology*. Chichester: Wiley 1994;3:145-65.
32. Lester D. The effectiveness of suicide prevention centers: a review. *Suicide Life Threat Behav* 1997;27:304-10.
33. Mrazek PJ, Haggerty RJ. *Reducing risks from mental disorders: frontiers for preventive intervention research*. Washington: National Academy Press, 1994.
34. Hosman C, Jane Llopi E, Saxena S (eds). *Evidence-based prevention of mental disorders*. Oxford/Geneva: Oxford University Press/World Health Organization (in press).
35. Leenaars A. Controlling the environment to prevent suicide. In: Wasserman D (ed). *Suicide - an unnecessary death*. London: Dunitz, 2001:259-63.

Prevención del suicidio: hay que tomar medidas

MORTON M. SILVERMAN

National Suicide Prevention Resource Center,
Newton, MA, USA

José Bertolote nos ha presentado un panorama muy interesante de las numerosas cuestiones relacionadas con la aplicación de los conceptos y las técnicas de prevención del suicidio y de los comportamientos suicidas. Nos pide que nos detengamos para preguntarnos cómo hemos llegado hasta donde estamos, cómo aceptamos la situación actual, hacia dónde deberíamos ir y qué podríamos hacer para actuar de una forma científica y humana. Expresa sus perspectivas del «problema del suicidio» en todo el mundo (dado que, de hecho, es un problema de todas las naciones) en forma de una cuestión sanitaria «situada en algún punto entre la salud pública y la psiquiatría». Bertolote contempla el suicidio como un problema de salud pública que debe ser enfocado a través de la doble lente de la psiquiatría, es decir, como la consecuencia de diversos trastornos cerebrales y como la manifestación de algunas disfunciones psicosociales. Personalmente, destaco la síntesis que hace Bertolote de las contribuciones de la salud pública, la salud mental y las áreas socioeconómicas a la solución de este grave problema sanitario internacional.

Evidentemente, no es posible empezar a aplicar la lista actual de técnicas e intervenciones de prevención al problema del suicidio hasta aclarar los términos y establecer las definiciones. Mis colegas y yo mismo estamos trabajando en una revisión de la nomenclatura que propusimos inicialmente en 1996 (1). En este proceso, hemos tenido en cuenta los diferentes pensamientos, emociones y acciones que constituyen el «proceso suicida» y que nos han servido como objetivos para nuestra intervención.

Hay escaso debate y desacuerdo clínico acerca de que los procesos clave o las expresiones del proceso suicida son: ideación suicida, propósitos de suicidio, ademanes de suicidio, intentos de suicidio/autolesiones deliberadas y suicidio consumado. Sin embargo, todavía no hemos determinado con precisión qué es lo que se quiere expresar cuando se dice que alguien es un «suicida» o cuando se afirma que tiene «tendencia al suicidio».

¿Qué son los «comportamientos suicidas»? ¿Debe incluirse la ideación en el grupo de «comportamientos»? Todavía se sigue debatiendo acerca de la definición de «propósitos», «motivación» y «letalidad» (¿es suficiente que la caracterización la realice el observador?). Como editor de la revista *Suicide and Life-Threatening Behavior*, el órgano de expresión oficial de la American Association of Suicidology, puedo asegurar que no hay definiciones estándar producto de la investigación respecto a muchos de los términos que se asocian a comportamientos autodestructivos o autolesivos. No creo que puedan obtenerse resultados adecuados en la prevención del suicidio hasta que se aclaren algunas de las relaciones principales, se relacionen los factores de riesgo, los factores de protección y los signos de alarma apropiados a los pensamientos (ideaciones), emociones (propósitos, deseos) y comportamientos (autolesión deliberada, intentos, consumación), y se elaboren perfiles válidos para detectar los grupos de población en riesgo.

Por ejemplo, la mayor parte de los especialistas en suicidio estarán de acuerdo en que la planificación que lleva a cabo el suicida es una variable clave en la evaluación clínica del riesgo inminente de suicidio. La mayor parte de los especialistas en prevención también pretende intervenir antes de que el suicida inicie sus planes o antes de que estos planes «vayan demasiado lejos». Sin embargo, no se tiene una idea clara de cómo estudiar o clasificar esta «planificación». ¿Es una ideación/pensamiento o un comportamiento/acción? ¿Podría ser ambas cosas a la vez? Si la planificación se mantiene en el terreno de lo conceptual, ¿es potencialmente menos «letal» que si adopta la forma de una acción para la adquisición de los medios letales que permitan consumir el suicidio? Todavía no se sabe lo suficiente acerca de las relaciones causales, interactivas y de promoción existentes entre ideación, propósitos, planificación y acción. Tal como indica Bertolote, ¿qué estamos intentando hacer y cómo podemos medirlo? Este autor señala la falta de precisión tanto en los objetivos como en los indicadores, lo que hace verdaderamente difícil la tarea de una evaluación real.

La prevención está fundamentada en la predicción. ¿Es posible predecir la evolución de una ideación suicida? ¿Puede predecirse la evolución de un propósito suicida? ¿Dónde está la cadena científica lógica de causalidad cuando se afirma que los intentos (por no hablar de las consumaciones) disminuirán si se elaboran campañas de prevención del suicidio dirigidas hacia la erradicación, la reducción, la modificación o la eliminación de la ideación suicida? ¿Es posible prevenir la ideación suicida? Dado que el 13,5 % de la población general estadounidense tiene ideación suicida, ¿justifica ello desde un punto de vista científico el establecimiento de una campaña preventiva nacional para abordar el problema de la ideación suicida (2)? ¿Sería ésta realmente una iniciativa internacional útil por sí misma? Dada la limitación de los recursos, parece más conveniente desarrollar un enfoque fundamentado en dos líneas respecto a los intentos de suicidio/comportamientos autolesivos deliberados: una de las líneas sería la prevención de los comportamientos autodestructivos mediante la identificación de las personas con mayor riesgo de presentarlos y mediante la intervención tanto desde un punto de vista clínico como desde una perspectiva de salud pública; la segunda línea sería la evaluación de todos los pacientes identificados con comportamientos autolesivos para determinar si están justificadas nuevas intervenciones y, en ese caso, la realización de éstas, con el objetivo de reducir la mortalidad del 10 % que acompaña a estas formas de comportamiento durante toda la vida de los pacientes.

Dado que la mayor parte de los proyectos de investigación se ha realizado en un marco temporal breve (3-5 años), ¿cuáles son los criterios de valoración que deben determinarse para intervenir con buenos resultados en algún punto del supuesto «espectro continuo», de manera que se pueda modificar la aparición (¿reaparición?) de un pensamiento patológico (ideación), de una emoción o de una «acción» (comportamiento) en algún momento posterior del proceso? Además, ¿puede esperarse la «vacunación» de estas personas en riesgo respecto a todas las dificultades que conlleva su vida cotidiana y que podrían contribuir al inicio de los pensamientos, emociones y acciones de carácter suicida (3)? Hasta que exista acuerdo sobre cómo determinar estos objetivos próximos y lejanos de las intervenciones, seguirá sin tenerse en claro cuáles son las relaciones causales y las relaciones causa-efecto.

Por ello, ¿qué es lo que sabemos? Realmente, sabemos muchas cosas. Sabemos que los comportamientos anteriores constituyen un factor predictivo de los comportamientos futuros. Sabemos que los antecedentes de pensamientos/emociones/acciones de carácter suicida constituyen un factor predictivo de la «tendencia al suicidio» futura, incluyendo la ideación, los propósitos, los intentos/autolesiones deliberadas y los suicidios consumados. También sabemos que los trastornos mentales de todo tipo (incluyendo los relacionados con sustancias) y algunos problemas de tipo físico contribuyen a la expresión de «comportamientos suicidas» (así como a la expresión de la ideación suicida y de los propósitos de suicidio). De hecho, sabemos mucho más acerca de los factores de riesgo que de los factores de protección. Hemos sido mucho más eficaces en clasificar los factores de riesgo en distintos grupos (perpetuación/predisposición/precipitación, del entorno/biológicos/psicológicos) que en establecer la relación entre algunos de los factores de protección y nuestros conocimientos del «proceso suicida» (4). Seguramente, necesitamos muchos más estudios de investigación para la identificación de los factores de protección y para la implementación de intervenciones de carácter creativo, que permitan garantizar la presencia de estos factores protectores en un contexto de desarrollo (5).

¿Cuáles creo yo que son los principales desafíos? Además de los ya mencionados (nomenclatura y clasificación; determinación de los criterios de valoración susceptibles de medición, con plazos de tiempo razonables), añadiría que son necesarios estudios detallados acerca de la integración de las teorías y los conceptos de la prevención en el problema del suicidio (6). Algunas de las intervenciones que ya se realizan son a corto plazo, aplicables en los contextos agudos y enfocados hacia la solución de las crisis. Otras intervenciones se dirigen hacia objetivos mediatos, y sus resultados no se pueden evaluar de manera rápida. Estamos acumulando una gran cantidad de «cosas que deben hacerse», pero todavía carecemos del marco preventivo adecuado que permita determinar su eficacia y su eficiencia. Tal como señala Bertolote, existen diversos modelos conceptuales de las intervenciones en salud pública. Los que actualmente están más en boga son: el modelo de las intervenciones universales/selectivas/indicadas de Gordon; el modelo de control del daño (Injury Control Model); Preinjury, Injury, Post-injury de Haddon; la tríada de salud

pública de abordaje primario/secundario/terciario, y la alternativa de prevención/intervención/resultado (7). El modelo conceptual para el abordaje de la prevención de las enfermedades infecciosas desde el punto de vista de la salud pública podría ser diferente del abordaje para la prevención de las lesiones y también del abordaje necesario para la prevención de los elementos que constituyen el «espectro del suicidio» (ideación, propósitos, planificación, ademanes, intentos, autolesiones deliberadas, suicidio consumado).

Bertolote propicia la sólida integración de los distintos aspectos de salud pública, salud mental, sociología, voluntad política, economía, religión, etc., con objeto de elaborar una campaña eficaz de prevención global del suicidio. Hace un llamamiento para el intercambio de información y la capacitación recíproca, y para la integración de propósitos, mensajes, teorías, conceptos y resultados. Personalmente, estoy preparado para atender este llamamiento. Le pido al lector que también lo haga.

Bibliografía

1. O'Carroll PW, Berman AL, Maris RW et al. Beyond the tower of babel: a nomenclature for suicidology. *Suicide Life Threat Behav* 1996;26:237-52.

2. Kessler RC, Borges G, Walters EE. Prevalence of and risk for lifetime suicide attempts in the national comorbidity survey. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56:617-26.
3. Mann JJ, Waternaux C, Haas GL et al. Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *Am J Psychiatry* 1999;156:181-9.
4. Silverman MM, Felner RD. The place of suicide prevention in the spectrum of intervention: definitions of critical terms and constructs. *Suicide Life Threat Behav* 1995;25:71-82.
5. US Public Health Service. National strategy for suicide prevention: goals and objectives for action. Rockville: US Department of Health and Human Services, 2001.
6. Felner RD, Felner TY, Silverman MM. Prevention in mental health and social intervention: conceptual and methodological issues in the evolution of the science and practice of prevention. In: Rapaport J, Seidman E (eds). *Handbook of community psychology*. New York: Plenum Press, 2000:9-42.
7. Silverman MM. Theories of primary prevention and health promotion. In: Gullotta TP, Bloom M (eds). *The encyclopedia of primary prevention and health promotion*. New York: Kluwer/Plenum, 2003:27-42.

Evaluación de la prevención del suicidio: necesidad de enfoques diversos

DANUTA WASSERMAN

Karolinska Institute, Stockholm, Sweden

La bibliografía existente acerca de los efectos de la prevención del suicidio está casi totalmente limitada a estudios, principalmente retrospectivos, realizados sin grupo de control y sin asignación aleatoria. En estos estudios no se tienen en cuenta los posibles problemas en la selección de los pacientes que se tratarán: por ejemplo, el impacto de la falta de cumplimiento de la medicación o de la psicoterapia, la existencia de diagnósticos múltiples o los casos de medicación múltiple (1).

Otro problema que acompaña a estos estudios es la brevedad del período de se-

guimiento (2). Esta cuestión es especialmente relevante en los estudios farmacológicos con orientación individual, pero también lo es en los demás estudios cuando se sospecha la existencia de un efecto placebo. Cuanto mayor sea el período de seguimiento, mejor se podrá valorar si cualquier efecto favorable que aparece durante la intervención se debe al placebo o a la intervención en sí misma.

Al evaluar los programas de prevención del suicidio es posible utilizar un enfoque de tipo experimental o naturalista. El diseño experimental clásico con asignación aleatoria representa una referencia que a menudo es difícil de aplicar (debido a razones prácticas y éticas) en los estudios sobre los efectos de la prevención del suicidio. Lamentablemente, las ventajas de

otros diseños, como los de tipo semiexperimental, se suelen juzgar según su similitud con el diseño experimental, aunque el establecimiento y el mantenimiento de condiciones controladas son difíciles en los estudios de prevención del suicidio en grupos concretos de población, realizados en contextos naturales de campo, como los colegios (3), los puestos de trabajo (4), etc.

La evaluación adecuada de los resultados es clave. Sin embargo, el propio proceso de valoración también es importante. Esta forma de evaluación permite identificar los elementos más adecuados para conseguir los resultados esperados. Así, también podrá mejorarse el diseño de las intervenciones futuras.

En los estudios de prevención del suicidio con enfoques naturalista y experimental es vital el conocimiento de las características personales y profesionales de las personas que realizan las intervenciones o que aplican el tratamiento (5). Estas características tienen una gran importancia en el resultado conseguido con las intervenciones preventivas. Lamentablemente, las variables de este tipo no se suelen evaluar de forma sistemática. Además, los aspectos relacionados con los grupos de control que participan en las intervenciones farmacológicas, psicoterapéuticas y de población no se suelen describir o se describen de manera muy insuficiente.

La escasa potencia estadística de los estudios sobre los efectos de las medidas de prevención del suicidio es un problema bien conocido, pero ha sido abordado de manera insuficiente debido a los diferentes obstáculos que tienen los estudios a gran escala. Por tanto, es necesario utilizar los resultados de los metaanálisis efectuados sobre grupos de estudios no experimentales y de tamaño pequeño, sin diferencias significativas entre los distintos tratamientos. La razón es que los metaanálisis de grupos de estudios tienen una potencia estadística significativamente mayor para la demostración de significación y, quizá lo más importante, los metaanálisis permiten la aplicación de intervalos de confianza (IC) del 95 % mucho más convincentes que los que se aplican en los estudios individuales (6).

Sin embargo, los metaanálisis se deben realizar sobre estudios cuya metodología sea comparable. La Organización Mundial de la Salud (OMS), European Office (EURO) Network on Suicide Research and Prevention (7, 8) y la iniciativa mundial de la OMS SUPRE (SUicide PREvention) (9), cuyos miembros trabajan en los cinco continentes, constituyen una estructura estable para el diseño de estudios multicéntricos relativos a la aplicación de

medidas de prevención del suicidio tanto en el ámbito individual como en el de la población. A largo plazo, sólo los estudios realizados en países distintos y centros diferentes, aplicando la misma metodología en la interpretación de los resultados, pueden proporcionar respuestas sobre cuáles son las estrategias y los métodos más efectivos para prevenir los suicidios.

Los estudios sobre los experimentos naturales también son útiles para documentar la eficacia de las medidas de prevención del suicidio. Por ejemplo, en la antigua Unión Soviética el efecto preventivo más intenso del suicidio en los varones durante el siglo xx se demostró ya en la *perestroika*: la disminución del consumo de alcohol a consecuencia de la política antialcohólica de Gorbachev dio lugar a una reducción del 40 % en la tasa de suicidio entre los hombres en edad laboral en las quince repúblicas soviéticas. En Europa, durante el mismo período, la disminución de la tasa de suicidio masculino fue de sólo el 3 % (10).

No obstante, el problema principal en la evaluación de los diferentes programas de prevención del suicidio, según mi punto de vista, no es ni la desganancia de los investigadores para realizar estudios controlados, prospectivos, con asignación aleatoria y con un número suficiente de participantes en los grupos de intervención y en los de control, ni tampoco la falta de integración entre las medidas de salud pública y la práctica clínica. El problema principal es la escasez de recursos económicos. Ésta es la razón por la que el suicidio constituye un problema que ha sido descuidado (11), aunque representa una de las causas principales de muerte en las personas europeas de 15 a 44 años de edad y es uno de los problemas que hace perder el mayor número de años de vida, y pese a que en Europa se ha producido un incremento en las tasas de suicidio masculino en las personas de 15 a 19 años de edad.

Los obstáculos para la financiación de los estudios de investigación sobre el suicidio y sobre las medidas de prevención han sido debidos a los potentes tabúes que todavía existen sobre el suicidio y a los sentimientos desagradables que despierta el suicidio, no solamente en la población general sino también entre los profesionales. El suicidio se asocia a vergüenza y culpa. El silencio, la ambivalencia y el abandono impiden un abordaje científico abierto de este problema (1). Las actitudes ambivalentes y negativas hacia el suicidio y su prevención (que consideran que la prevención del suicidio es imposible y el suicidio mismo, algo pre-

destinado) son frecuentes entre políticos, autoridades de política sanitaria y cuerpos administrativos responsables de la aprobación de las ayudas económicas. Por todo ello, son bienvenidas las aportaciones de filósofos, antropólogos e historiadores que ayuden a comprender los tabúes y las actitudes de nuestra sociedad que dificultan la prevención del suicidio.

Bibliografía

1. Wasserman D (ed). Suicide - an unnecessary death. London: Dunitz, 2001.
2. Salkovskis P, Atha C, Storer D. Cognitive-behavioural problem solving in the treatment of patients who repeatedly attempt suicide, a controlled trial. Br J Psychiatry 1990;157:871-6.
3. Zenere FJ, Lazarus PJ. The decline of youth suicidal behavior in an urban, multicultural public school system following the introduction of a suicide prevention and intervention program. Suicide Life Threat Behav 1997;27:387-402.
4. Ramberg IL, Wasserman D. The roles of knowledge and supervision in work with suicidal patients. Nord J Psychiatry 2003; 57:365-71.
5. Shearin EN, Linehan MM. Dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder: theoretical and empirical foundations. Acta Psychiatr Scand 1994; 89(Suppl. 379):61-8.
6. Beasley CM, Dornseif BE, Bosomworth JC et al. Fluoxetine and suicide: a meta-analysis of controlled trials of treatment for depression. Br Med J 1991;303:685-92.
7. Wasserman D, Mittendorfer-Rutz E, Rutz W et al. Suicide prevention in Europe - The WHO monitoring surveys of national suicide prevention programmes and strategies. Geneva: World Health Organisation, 2002.
8. Wasserman D, Mittendorfer-Rutz E, Rutz W et al. Suicide prevention in Europe - The WHO monitoring surveys of national suicide prevention programmes and strategies. Stockholm: Swedish National Centre for Suicide Research and Prevention of Mental Ill-Health, 2004.
9. Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviours - SUPRE-MISS: Protocol of SUPRE-MISS. Geneva: World Health Organization, 2002.
10. Värnik A, Wasserman D, Dankowicz M et al. Suicide-preventive effects of *perestroika* in the former USSR: the role of alcohol restriction. Acta Psychiatr Scand 1998;98(Suppl. 394):1-44.
11. Mittendorfer-Rutz E, Wasserman D. Trends in adolescent suicide mortality in the WHO European Region. Eur Child Adolesc Psychiatry (in press).

La prevención del suicidio es mucho más que una cuestión psiquiátrica

DIEGO DE LEO

Australian Institute for Suicide Research and Prevention, Griffith University, Mt. Gravatt Campus, Australia

Dado que el suicidio es la peor de todas las tragedias humanas, el deseo de encontrar soluciones nos lleva de manera inevitable a aceptar simplificaciones poco realistas y búsquedas infructuosas de teorías de unificación. No es sorprendente que la situación actual de la prevención del suicidio incluya muy pocos resultados basados en la evidencia. Las razones citadas con mayor frecuencia para explicar este hecho son los tamaños insuficientes de los grupos de estudio para la realización de ensayos clínicos con asignación aleatoria y control, y la escasa duración de los programas. Otros sesgos son: la participación en los estudios de investigación de personas que han intentado el suicidio (cuyo solapamiento con las personas que han consumado el suicidio es mínimo e implica la hipótesis de un *continuum* entre el comportamiento suicida no mortal y el mortal); el hecho de que estos participantes proceden de los grupos tratados en hospitales (por lo que no son realmente representativos de *todas* las personas que intentan el suicidio); las dificultades para formar grupos de participantes que compartan problemas similares; la realización de evaluaciones retrospectivas; la inexistencia o falta de idoneidad de los grupos de control; la inexistencia de procedimientos estandarizados para la realización de autopsias «psicológicas» (con una gran variabilidad en los plazos de tiempo para la entrevista, en el tipo y el número de personas que ofrecen información, y en sus características); la «valoración psiquiátrica excesiva» de los resultados obtenidos a través del uso selectivo de instrumentos psiquiátricos, etc. Por otra parte, existe muy poca información (dado que se ha investigado de manera insuficiente) respecto a los factores que pueden proteger frente al suicidio, como las estrategias de superación, las estrategias de solución de problemas, el apoyo social o el grado de conexión de los pacientes con su entorno; además, no puede dejar de mencionarse la importancia de los factores socioculturales, definitivamente reconocidos por la OMS, que actualmente está

promocionando un estudio –el Suicide Prevention-Multisite Intervention Study on Suicide (SUPRE-MISS)– en los cinco continentes. Este proyecto incluye la comparación de diversos indicadores socioculturales estandarizados, una intervención clínica (con diseño aleatorio) sobre las personas que intentan el suicidio, un estudio sobre la ideación y los comportamientos suicidas en la comunidad, y una investigación biológica (sobre el ADN y las hormonas relacionadas con el estrés) (1).

Hoy en día, diversos países han implementado estrategias operativas en el ámbito nacional para prevenir los suicidios. En general, estos planes incorporan medidas para la detección y el tratamiento de la enfermedad mental como un aspecto clave de la estrategia, sobre todo con respecto a la depresión. Otros componentes de los programas nacionales de prevención del suicidio son la reducción en el acceso a medios letales, la mejora en la forma de presentar el suicidio en los medios de comunicación, los programas aplicados en los colegios, el tratamiento de los cuadros relacionados con el uso de drogas y alcohol, la potenciación en el acceso a los servicios de salud mental y la formación de los profesionales. En un análisis realizado por el Australian Institute for Suicide Research and Prevention sobre cuatro de estos programas (Australia, Finlandia, Noruega y Suecia) se ha demostrado que hasta el momento todas las medidas citadas han influido poco o nada en la reducción de las tasas de suicidio entre los jóvenes y, con la posible excepción de Finlandia (que ya ha finalizado su plan), en la población general (2). Con independencia de las limitaciones obvias de este tipo de estudios, una de las críticas conceptuales que se han realizado se refiere al diseño de programas con una orientación excesivamente psiquiátrica, lo que hace que sólo se dirijan hacia un pequeño segmento de la población. Por otra parte, a pesar de los avances espectaculares en el tratamiento farmacológico de los trastornos psiquiátricos, a lo largo de los últimos decenios han sido relativamente escasas las modificaciones en las tasas de suicidio. El tratamiento de la esquizofrenia con clozapina (3) ha dado lugar a resultados poco convincentes, mientras que el tratamiento de la depresión con los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina ha introducido re-

cientemente la preocupación por la posibilidad de que estos fármacos puedan inducir la aparición de ideación y comportamientos suicidas, especialmente en niños y adolescentes (4).

Muchos investigadores y políticos sanitarios han señalado que la mejora del diagnóstico y del tratamiento de la depresión es clave para la prevención del suicidio (5). En varios estudios se ha señalado que la mayor parte de las personas que consuman el suicidio no estaba recibiendo tratamiento frente a ningún trastorno psicológico en el momento en el que tuvo lugar el suicidio (6), aunque también se han publicado estudios en los que se demuestra la existencia de un tratamiento antidepressivo adecuado en el momento del suicidio (7). Aunque los antidepressivos pueden ser eficaces en el tratamiento de los síntomas depresivos, la evidencia actual no indica que reduzcan el riesgo de intentos o de consumación del suicidio. Los antidepressivos no abordan la amplia gama de factores psicosociales fuertemente relacionados con el suicidio y la depresión. La mejora del funcionamiento psicosocial es independiente de la mejora de los síntomas depresivos y tiene lugar con una lentitud mayor (8). Además, los pacientes con depresión pueden mostrar una mejora mayor del funcionamiento psicosocial cuando la farmacoterapia se combina con la psicoterapia, en comparación con las situaciones en las que sólo se administra farmacoterapia. Van Praag (9) ha sugerido recientemente que la «preocupación», más que la depresión en sí misma, representa un precursor del suicidio. Bajo mi propio punto de vista, la vergüenza –que no es un concepto psiquiátrico– puede representar una amenaza de suicidio en muchas circunstancias vitales, especialmente en los varones. En muchas culturas, los varones deben superar una serie de expectativas sociales y del entorno que constituyen experiencias vitales tremendamente difíciles y que puedan dar lugar a sentimientos de incapacidad y de frustración. Además, en un metaanálisis reciente se ha señalado que si se aplicara el índice de eficacia terapéutica recogido en el informe World Health Report 2001 a una media del 50 % de las personas que sufren depresión, esquizofrenia y alcoholismo (los trastornos psiquiátricos asociados principalmente al suicidio), sería posible reducir las tasas de suicidio desde una media mundial de 15,1/100.000 a 12/100.000. Esto significaría impedir más de 150.000 muertes; no obstante, todavía hay mucho por hacer (10). El suicidio es mucho más que un problema psiquiátrico. La prevención efectiva del suicidio sólo va a ser posible me-

diante una colaboración estrecha con otras disciplinas.

Bibliografía

1. World Health Organisation. SUPREMISS protocol. www.who.int, 2001.
2. De Leo D, Evans R. International suicide rates. Recent trends and implications for Australia. Report to the Commonwealth of Australia. Canberra: Department of Health and Aging, 2003.
3. Meltzer HY, Conley RR, De Leo D et al. Intervention strategies for suicidality. *J Clin Psychiatry*, Audiograph Series 2003; 6:1-18.
4. Jureidini JN, Doecke CJ, Mansfield PR et al. Efficacy and safety of antidepressants for children and adolescents. *Br Med J* 2004;328:879-83.
5. Isacson G, Holmgren P, Druid H et al. The utilisation of antidepressants – a key issue in the prevention of suicide: an analysis of 5281 suicides in Sweden during the period 1992-1994. *Acta Psychiatr Scand* 1997;96:94-100.
6. Isometsä E, Henriksson MM, Aro HM et al. Suicide in major depression. *Am J Psychiatry* 1994;151:530-6.
7. Andersen UA, Andersen M, Rosholm JU et al. Psychopharmacological treatment and psychiatric morbidity in 390 cases of suicide with special focus on affective disorders. *Acta Psychiatr Scand* 2001; 104:458-65.
8. Hirschfeld RM, Dunner DL, Keitner G et al. Does psychosocial functioning improve independent of depressive symptoms? A comparison of nefazodone, psychotherapy, and their combination. *Biol Psychiatry* 2002;51:123-33.
9. Van Praag HM. A stubborn behaviour: the failure of antidepressants to reduce suicide rates. *World J Biol Psychiatry* 2003;4:184-91.
10. Bertolote JM, Fleischmann A, De Leo D et al. Suicide and mental disorders: do we know enough? *Br J Psychiatry* 2003; 183:382-3.

partes implicadas, con objeto de desarrollar, implementar y vigilar los planes nacionales y locales de prevención del suicidio; *d*) la presión suave pero continuada por parte de organizaciones internacionales como la OMS y la International Association for Suicide Prevention (IASP) para incrementar la participación de los distintos países en las iniciativas internacionales dirigidas hacia este importante problema de salud pública.

Los países en vías de desarrollo que han pasado la «transición epidemiológica» (es decir, aquellos en los que la importancia de las enfermedades infecciosas ya es menor que la de las enfermedades crónicas) están dedicando cada vez más recursos a las causas no infecciosas de mortalidad y morbilidad, de manera que en estos países existe una oportunidad real para conseguir que el suicidio entre en la «agenda social». No obstante, una vez que el suicidio queda bajo el foco de atención, tanto de la sociedad como de los gobiernos, aparece con frecuencia una tentación importante de iniciar de inmediato programas de prevención generalizada, antes de la confirmación sistemática de su eficacia. Esto ha ocurrido en todos los países desarrollados, y existe el peligro real de que ocurra también en los países en vías de desarrollo, con el consiguiente desperdicio de los limitados recursos en intervenciones de eficacia no demostrada. Es necesaria una vigilancia estrecha para garantizar que los distintos programas que se apliquen, nacionales e internacionales, estén fundamentados en datos científicos.

¿Qué tipos de intervención se deberían considerar en los países en vías de desarrollo? Dadas las grandes diferencias entre los distintos países y regiones, es posible que no exista un modelo «estándar» para la prevención del suicidio. Cada país debe realizar en primer lugar sus propios estudios de investigación acerca de los factores de riesgo y de los factores de protección frente a los comportamientos suicidas, en sus diversas comunidades (p. ej., comunidades urbanas y rurales, minorías religiosas, distintos grupos de edades, etc.), para después desarrollar y evaluar las estrategias de prevención más indicadas, sostenibles desde el punto de vista económico, y que permitan conseguir una reducción sustancial en las tasas de comportamiento suicida. Teniendo en cuenta las complejas interacciones entre los factores de riesgo biológicos, psicológicos y sociales respecto al suicidio (3), los más apropiados pueden ser los programas de prevención que aborden simultáneamente múltiples factores. Por ejemplo, en China hemos propuesto los tipos si-

Prevención del suicidio en país en vías de desarrollo: ¿dónde debemos comenzar?

MICHAEL PHILLIPS

Beijing Suicide Research and Prevention Center, Hui Long Guan Hospital, Beijing, China

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el 85 % de los suicidios de todo el mundo tiene lugar en los países de nivel económico bajo e intermedio (1), a pesar de que menos del 10 % de los estudios de investigación sobre el suicidio provienen de esos países. Dadas las enormes diferencias económicas y socioculturales entre los países desarrollados y en vías de desarrollo, es poco probable que los resultados de la investigación y de los programas de intervención aplicados en los países occidentales tengan relevancia para los países en desarrollo. Sin embargo, los países de recursos económicos menores pueden adaptar los métodos de investigación, los procesos de desarrollo de programas y los métodos de vigilancia desarrollados en los países ricos (2), con objeto de llevar a cabo sus propias iniciativas para la comprensión y la prevención del suicidio.

En muchos países en vías de desarrollo, el suicidio sigue siendo un problema

tabú debido a cuestiones políticas, religiosas o sociales. En estos entornos es posible realizar proyectos de investigación locales sobre el suicidio, pero las iniciativas de prevención requieren la colaboración de muchos estamentos comunitarios y gubernamentales. Por lo tanto, la prevención no podrá comenzar realmente hasta que se solucione directamente este tabú. Para ello, hay que identificar y apoyar a los expertos de todos los países que conocen las sensibilidades locales respecto al suicidio, con objeto de que puedan movilizar la participación comunitaria y gubernamental en la prevención del suicidio. Todo ello va a requerir: *a*) el desarrollo de centros locales de excelencia que aporten información fiable acerca del patrón, las características y los factores de riesgo del suicidio; *b*) la interacción apropiada con los medios de comunicación para la exposición pública de la magnitud del problema y de la necesidad de su prevención, de manera que disminuya (más que aumente) la sensibilidad política o social acerca de este problema; *c*) la realización de reuniones de alto nivel con las agencias gubernamentales y con otras

guientes de intervención: *a*) la restricción en el acceso a los medios para consumir el suicidio, especialmente en lo relativo a los pesticidas y a las sustancias tóxicas; *b*) la ampliación de las redes sociales de apoyo en los grupos de riesgo alto; *c*) la implementación de campañas de promoción de la salud centradas en la salud mental y en el suicidio; *d*) la mejora de la capacidad de los profesionales sanitarios para diagnosticar y tratar los problemas psiquiátricos que acompañan al suicidio; *e*) la aplicación de programas comunitarios de detección para identificar a las personas de riesgo alto; *f*) la ampliación de los servicios de apoyo para situaciones de crisis y de los servicios de salud mental con objetivos concretos, dirigidos hacia las personas de riesgo alto, y *g*) la mejora de la capacidad de los centros de asistencia primaria para tratar las complicaciones médicas de los intentos de suicidio.

La evaluación de la eficacia de estas intervenciones depende de la obtención de una información precisa acerca de las tasas y patrones de los comportamientos suicidas a lo largo del tiempo. Así, antes de implementar cualquier programa de prevención es necesario el desarrollo de sistemas de vigilancia progresivos y de calidad alta respecto al suicidio y a los intentos de suicidio, y su evaluación en las propias zonas de implementación. El logro de estos objetivos ofrece dificultades en los países en vías de desarrollo, en los que no se realiza un registro regular de los casos de intento de suicidio ni tampoco, en términos generales, un adecuado registro de los suicidios consumados. El registro de los intentos de suicidio y de los suicidios consumados es esencial para la evaluación de los programas de prevención, debido a que hay un solapamiento sustancial entre estos comportamientos en situaciones en las que los servicios de reanimación son inexistentes o ineficaces (algo frecuente en las áreas rurales de los países en vías de desarrollo) y se intenta el suicidio con escaso deseo de consumarlo, pero utilizando medios intensamente letales (4). Además, en casi todos los países en desarrollo hay una fuerte tendencia a una infranotificación o a una clasificación errónea del suicidio y del intento de suicidio (5, 6); por ello, no es adecuado fundamentar la valoración de la eficacia de las medidas de prevención en los sistemas de datos existentes, dado que fluctuaciones relativamente pequeñas en las proporciones de suicidios clasificados erróneamente (y que podrían ser debidas a la atención prestada al suicidio durante un programa de intervención) podrían dar lugar a cambios sustanciales en las tasas

de morbilidad y mortalidad por suicidio, e inducir así a una interpretación errónea de la utilidad o la falta de utilidad de la intervención evaluada. Lo primero que se necesita es establecer un nuevo y mejor sistema de registro.

La generación de la voluntad política, la obtención de los recursos necesarios y la identificación y formación del personal necesario para desarrollar, implementar y vigilar los programas efectivos de prevención del suicidio en los países en vías de desarrollo requerirán un esfuerzo sostenido a lo largo de varios años por parte de grupos y personas comprometidas en el ámbito local, así como un apoyo intelectual, moral y económico sustancial por parte de diversos colectivos y organizaciones de los países desarrollados. La dedicación de estos recursos tiene varios efectos beneficiosos potenciales: *a*) las tasas relativamente elevadas de suicidio consumado y de intento de suicidio, junto con la inexistencia de actividades para la prevención del suicidio en muchos países en vías de desarrollo, proporcionan una oportunidad única para determinar de manera científica la rentabilidad económica de las distintas formas específicas de intervención, algo que ya no se puede llevar a cabo en los países desarrollados; *b*) la información obtenida a través del tra-

bajo en los países en vías de desarrollo impulsará y revitalizará las teorías occidentales acerca del suicidio, y *c*) (lo más importante) este trabajo puede prevenir potencialmente un elevado número de muertes evitables.

Bibliografía

1. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA et al (eds). World report on violence and health. Geneva: World Health Organization, 2002.
2. United Nations. Prevention of suicide: guidelines for the formulation and implementation of national strategies. New York: United Nations, 1996.
3. Phillips MR, Yang GH, Zhang YP et al. Risk factors for suicide in China: a national case-control psychological autopsy study. *Lancet* 2002;360:1728-36.
4. Eddleston M, Phillips MR. Self poisoning with pesticides. *Br Med J* 2004;328:42-4.
5. Joseph A, Abraham S, Muliylil JP et al. Evaluation of suicide rates in rural India using verbal autopsies, 1994-9. *Br Med J* 2003;326:1121-2.
6. Wang LJ, Phillips MR, Zhang YP et al. Evaluation of the accuracy of reported suicide in the Chinese population. *Chin J Epidemiol* 2003;24:889-92(in Chinese).

Brasil: necesidad de prevención de la violencia (incluyendo el suicidio)

NEURY JOSÉ BOTEGA¹,
LEON DE SOUZA LOBO GARCIA²

¹ *Department of Psychiatry, Faculty of Medical Sciences, State University of Campinas, Brazil*

² *City of São Paulo Health Secretariat and Institute of Psychiatry, Faculty of Medicine, University of São Paulo, Brazil*

El desarrollo político de los países sudamericanos tras la Segunda Guerra Mundial ha sido similar, de manera que en la mayor parte de ellos se han atravesado fases de populismo (décadas de 1940 y 1950) y de dictaduras militares (décadas de 1960 y 1970). Durante la década de 1980, la redemocratización ha dado lugar a diversas modificaciones en el contexto de los movimientos sociales y políticos, entre ellas, la

introducción de programas nacionales de salud mental (1). Sin embargo, la mayoría de estos países dedica a la salud mental menos del 2 % de su presupuesto sanitario total. Este cuadro está agravado por el hecho de que América Latina participa en un 29,2 % del total mundial de enfermedades relacionadas con lesiones secundarias a actos de violencia (2).

Brasil es el país más grande y poblado de América del Sur (estimación de población en 2004: 179 millones de personas). La baja tasa de suicidio existente en Brasil (alrededor de 4 casos por cada 100.000 habitantes/año) es similar a la que existe en la mayor parte de los países sudamericanos. A pesar de esta baja tasa de suicidio, el número total de suicidios durante 2001 fue de 7.729, lo que coloca a Brasil entre los 10

países con el mayor número de muertes por suicidio. La mortalidad proporcional debida al suicidio es mayor entre los adolescentes, en los que representa el 3,8 % de los fallecimientos.

En Brasil, los homicidios superan en gran medida a los suicidios. En 2002, los fallecimientos por homicidio fueron seis veces más frecuentes que los debidos a suicidio. La tasa de homicidios en Brasil ha aumentado a más del doble a lo largo de las dos últimas décadas, alcanzando la cifra de 28,4/100.000 en 2002 (110,5 en el grupo de personas de 15 a 24 años de edad). Otros países de América Latina han sufrido incrementos similares en las tasas de homicidio durante este período. En Brasil, más del 90 % de las víctimas de homicidio son varones y el 52,2 % son adolescentes o adultos jóvenes (3).

La violencia ha estado relacionada tradicionalmente con problemas sociales profundos, como el incremento de la urbanización, la expansión del tráfico de drogas y de armas de fuego, la prolongada crisis económica, el paro laboral y el incremento de las desigualdades económicas. Por una parte, las elevadas tasas de violencia urbana y de homicidios han ocultado en cierta medida el problema del comportamiento suicida en Brasil. Por otro lado, la discusión, cada vez mayor, del problema de la violencia en distintos sectores de la sociedad ha traído consigo una mayor toma de conciencia respecto al comportamiento suicida entre los adolescentes y adultos jóvenes, así como de la necesidad de aplicación de políticas de prevención de la violencia, incluyendo el suicidio.

A pesar de que Brasil carece de un programa nacional para la prevención del suicidio, algunas de las recientes iniciativas que se mencionan a continuación ilustran los primeros pasos que se han dado hacia la aplicación de una estrategia nacional en la prevención del suicidio.

En primer lugar, en Brasil se han tomado varias iniciativas para la prevención de la violencia (p. ej., una ley federal que controla la propiedad de las armas de fuego). Diversas organizaciones no gubernamentales también han desempeñado un papel importante, promocionando la toma de conciencia respecto al riesgo que conllevan las armas de fuego y apoyando proyectos para la prevención de la violencia. No obstante, es necesaria una legislación más severa para eliminar la propiedad ilegal de las armas de fuego, debido a que el 70 % de los homicidios se comete con armas de fuego ilegales. También es urgente un control adicional sobre otras formas de suicidio, como la ingestión de pesticidas e insecticidas.

En segundo lugar, los programas educativos y formativos especiales, tanto gubernamentales como no gubernamentales, dirigidos hacia los jóvenes de bajo nivel socioeconómico, constituyen una prioridad creciente en Brasil. Estos programas están dirigidos específicamente hacia la prevención de actos violentos, dado que una parte importante de las víctimas de homicidio y suicidio tiene entre 18 y 24 años de edad y carece de una formación escolar adecuada. En el grupo de suicidas, sólo el 3,5 % tiene estudios universitarios y el 49 % únicamente tiene una educación primaria (4). Este grupo de población presenta una gran vulnerabilidad frente al paro laboral, que actualmente es de alrededor del 20 % en las áreas urbanas grandes.

En tercer lugar, Brasil es uno de los países que participa en el programa Suicide Prevention-Multisite Intervention Study on Suicide (SUPRE-MISS) (5) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (5). Como parte de este proyecto, nuestro grupo ha realizado una encuesta a 516 personas seleccionadas aleatoriamente entre los residentes de Campinas, una localidad situada en la región más poblada e industrializada del país. Las estimaciones de la prevalencia a lo largo de la vida en la población general han sido del 17,1 % respecto a la ideación suicida, del 4,8 % respecto a los planes de suicidio y del 2,8 % respecto a los intentos de suicidio. Ésta ha sido la primera encuesta nacional relativa al comportamiento suicida aplicada a la población general. Es de esperar que los datos recogidos en ella sirvan para la aplicación de medidas de prevención.

En cuarto lugar, la autoridad sanitaria de São Paulo ha iniciado un programa dirigido específicamente a las personas que intentan el suicidio y fundamentado en el proyecto SUPRE-MISS. El objetivo de este programa es la creación de una base de datos global en la que estén representadas las

personas que intentan el suicidio y que son atendidas en los departamentos de urgencia, así como la provisión de apoyo mediante un protocolo de seguimiento que incluye la realización periódica de visitas y llamadas telefónicas a estos pacientes. La adopción de esta política ha sido posible por el acuerdo entre las autoridades sanitarias, las autoridades universitarias y una agencia patrocinadora de la investigación. Las autoridades sanitarias y el Regional Board of Psychology han programado una serie de reuniones regulares con representantes de diez facultades de psicología, con objeto de evaluar las estrategias de prevención del suicidio. Los resultados obtenidos hasta el momento consisten en la formación de grupos especializados en el apoyo a las personas que intentan el suicidio y que son atendidas en las clínicas de dichas facultades, así como la mejora de los programas formativos en relación con el suicidio.

Bibliografía

1. Larrobla C, Botega NJ. Restructuring mental health: a South American survey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2001;36:256-9.
2. Alarcón RD. Mental health and mental health care in Latin America. *World Psychiatry* 2003;2:54-6.
3. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA et al (eds). *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization, 2002.
4. Souza E, Minayo M, Malaquias J. Suicide among young people in selected Brazilian state capitals. *Cad Saúde Pública* 2002;18:673-83.
5. World Health Organization. *Multisite Intervention Study on Suicide Behaviour - SUPRE-MISS*. Geneva: World Health Organization, 2002.

Prevención del suicidio: una necesidad urgente en los países en vías de desarrollo

LAKSHMI VIJAYAKUMAR

Sneha and Voluntary Health Services, Chennai, India

No existen datos acerca del suicidio en aproximadamente la mitad de los países

del mundo (53 %), en los que vive la tercera parte (27 %) de la población mundial. El 73 % de los suicidios en todo el mundo tiene lugar en países en vías de desarrollo, aunque se carece de datos respecto al 73 % de los países. Más de la mitad de los suicidios (54 %) del mundo

tiene lugar en China e India. Si se tiene en cuenta, además, que la falta de notificación del suicidio es un problema importante en los países en vías de desarrollo, queda en evidencia la gran magnitud del problema y la necesidad urgente de su prevención.

Hay diferencias importantes entre el comportamiento suicida existente en los países desarrollados y el que se observa en los países en vías de desarrollo. En los países desarrollados, la tasa de suicidios es elevada en el grupo de edad de 15 a 24 años y alcanza su nivel máximo en los ancianos; la proporción varón/mujer es de 3/1 y hay un mayor riesgo de suicidio en las personas divorciadas, viudas o separadas. En los países en vías de desarrollo, la tasa mayor de suicidio se observa en los jóvenes (menores de 30 años), la proporción varón/mujer es menor (en India, 1,4/1; en China, 1/1,3) y las personas que tienen un riesgo mayor son las mujeres casadas. Los métodos utilizados para el suicidio en los países desarrollados son las armas de fuego, los tubos de escape de los coches y los venenos, mientras que en los países en vías de desarrollo los métodos más usados son la intoxicación por pesticidas, el ahorcamiento y la autoinmolación. La investigación que se ha llevado a cabo en los países desarrollados revela que más del 90 % de las personas que fallecen debido a suicidio sufre algún trastorno mental, lo que sólo ocurre en el 60-90 % de los suicidios que tienen lugar en los países en vías de desarrollo. En los estudios realizados en los países desarrollados se ha señalado que más del 70 % de los pacientes que fallecen debido a suicidio sufre un trastorno depresivo, lo que únicamente ocurre en el 35-40 % de los suicidas de China e India (1, 2). El papel clave y causal que desempeña la depresión en el suicidio tiene una validez limitada en Asia. Sólo el 7-10 % de los pacientes que consumaron el suicidio había acudido en alguna ocasión a un profesional de la salud mental.

Los factores de estrés social asociados al suicidio en los países desarrollados son la soledad, el rechazo y los conflictos conyugales, mientras que en los países en vías de desarrollo son los conflictos intergeneracionales, los fracasos amorosos y los fracasos en los exámenes. En los estudios de población efectuados en muchos países en desarrollo se ha observado una relación muy significativa entre violencia doméstica e ideación suicida en las mujeres (3). En Brasil (48 %), Egipto (61 %), India (64 %), Filipinas (28 %), Indonesia (11 %) y Tailandia (41 %), las mujeres que han sufrido violencia física por parte de su pareja muestran niveles elevados de

ideación suicida. Los pactos de suicidio y los suicidios familiares son frecuentes en India, China y Sri Lanka. En estos pactos, las mujeres superan en proporción a los varones; estos pactos suelen tener como fundamento razones sociales y económicas, así como motivos de protesta frente a las normas y expectativas sociales. Las creencias religiosas condenan el comportamiento suicida. En un estudio efectuado en India se demostró que la religiosidad era un factor de protección y que la falta de creencias era un factor de riesgo para el suicidio (*odds ratio* = 6,83; intervalo de confianza [IC] = 2,88-19,69) (4).

José Bertolote subraya la necesidad de integrar las iniciativas clínicas y de salud pública para la prevención del suicidio. Esta integración es una necesidad en los países en vías de desarrollo. En el sudeste asiático y en África, que dan cuenta del 89 % de la población mundial, sólo hay 0,44 y 0,34 profesionales de la salud mental, respectivamente, por cada 100.000 personas (5).

Los diferentes factores de riesgo y de protección, así como la escasez de recursos humanos y económicos, obligan al desarrollo de estrategias integradas de prevención del suicidio en los países en vías de desarrollo, y a su implementación en los ámbitos individual, familiar, comunitario y social. Es necesario el inicio de programas especialmente dirigidos hacia

las mujeres y los jóvenes, que constituyen los segmentos más vulnerables de la población. Es necesario el establecimiento de alianzas con organizaciones no gubernamentales, curanderos y especialistas en medicina alternativa. Lo más importante es que los programas de prevención del suicidio deben ser localmente relevantes, culturalmente apropiados y económicamente sostenibles.

La prevención del suicidio en los países en vías de desarrollo es un objetivo social y de salud pública más importante que el ejercicio profesional tradicional en el sector de la salud mental.

Bibliografía

1. Phillips MR, Yang G, Zhang Y et al. Risk factors for suicide in China: a national case-control psychological autopsy study. *Lancet* 2002;360:1728-36.
2. Vijayakumar L, Rajkumar S. Are risk factors for suicide universal? A case-control study in India. *Acta Psychiatr Scand* 1999;99:407-11.
3. World Health Organization. The world health report. Geneva: World Health Organization, 2001.
4. Vijayakumar L. Religion - a protective factor in suicide. *Suicidology* 2002;2:9-12.
5. World Health Organization. Atlas of mental health resources. Geneva: World Health Organization, 2001.

Mirando hacia atrás y hacia adelante. La suicidología y la prevención del suicidio: ¿hay perspectivas?

JEAN PIERRE SOUBRIER

WPA Section on Suicidology

El movimiento para la prevención del suicidio se inició hace más de medio siglo. Si miramos hacia atrás, podemos comprobar que se ha hecho un gran esfuerzo para comprender qué es el suicidio y para prevenirlo. El trabajo de los pioneros ha sido magnífico. Los tabúes históricos y clásicos han sido ampliamente analizados, pero tal vez insufi-

cientemente comprendidos (1). Las estrategias para la prevención del suicidio se incrementan de manera regular, y en diversos países se han establecido programas nacionales con este objetivo. Un impulso importante ha sido producido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) a través del programa Suicide PREvention (SUPRE) y sus seis publicaciones «Recursos para la prevención del suicidio» (2).

Podría suponerse que, con todos estos esfuerzos, las tasas de suicidio tendrían

que haber disminuido en gran medida. Es sabido que, lamentablemente, esto no ha sido así. Ringel, fundador de la International Association for Suicide Prevention (IASP), escribió: «El objetivo de la prevención del suicidio no es tanto la reducción de las tasas de suicidio (después de todo, sabemos la poca fiabilidad que tienen las cifras en cualquier caso), sino el de ayudar a las personas[...]» (3).

Mirar hacia adelante es enfrentar de manera realista varias cuestiones «tópicas». José Bertolote escribe: «No siempre encontramos trabajando juntos a clínicos, especialistas en suicidio y autoridades de salud pública». Es posible que sea así, pero son numerosas las situaciones en las que el suicidio constituye un riesgo. Además, muchos de los autores parecen ser más bien científicos que clínicos con respecto a la prevención del suicidio. Edwin Shneidman establece la diferencia entre «especialistas terapéuticos en suicidio» y otros profesionales (4). Con respecto a ello, ¿hay o no una diferencia entre la suicidiología y la prevención del suicidio?

En este momento, hay varias cuestiones que no han sido aclaradas. No existe consenso sobre la definición de suicidio y ni siquiera sobre los ámbitos diferentes de prevención del suicidio (5). ¿Es el suicidio sólo un problema de salud mental, o constituye un problema de salud pública? Posiblemente, ambas posibilidades. Si bien el riesgo de suicidio ha sido extremadamente bien documentado, son muy escasos los autores que han expuesto y subrayado el hecho de que la prevención del suicidio se debería iniciar mediante el estudio de los factores predictivos del propio suicidio y, por lo tanto, reforzando el concepto de los factores protectores. Por ello, es posible que el concepto de predicción del suicidio no haya sido estudiado de manera suficiente (5). Aunque se admite que un entorno negativo es un factor predictivo para el riesgo de suicidio, muy rara vez este concepto se ha asociado a la necesidad de evaluar los factores de protección.

En un estudio de gran envergadura sobre la predicción del suicidio mediante la comparación de los factores de riesgo y los factores protectores, Hawkes ha escrito: «El término factor protector se aplica a aquellas características que tienden a proteger a un individuo respecto a la realización de un comportamiento peligroso. Por tanto, un factor protector es aquel factor que influye positivamente en un individuo y disminuye su riesgo de lesiones» (6).

Los factores de riesgo y protectores pueden ser distintos según las localiza-

ciones, instituciones, perfiles psicológicos, profesiones, etc. Sin embargo, parece que hay una lista de factores comunes que pueden ser evaluados. Estos factores comunes van desde los programas educativos hasta los lazos comunitarios y familiares, las distintas religiones, las capacidades de aprendizaje, las defensas de tipo psicológico y el acceso a la asistencia social y sanitaria. Sin embargo, los factores protectores serán específicamente diferentes en los colegios, en las cárceles y –por supuesto– en el sistema sanitario (7). En esta breve nota es imposible enumerarlos todos. Esta afirmación ha sido confirmada por el trabajo del Committee on Suicide Prevention and Research de la OMS y a través de sus publicaciones, ya mencionadas.

Danuta Wasserman ha señalado claramente: «Sin embargo, lo que establece la diferencia entre la vida y la muerte no es sólo la presencia de factores de riesgo, sino también el acceso a los factores protectores que refuerzan las estrategias de superación del individuo respecto al suicidio» (8).

La figura 1 incluida en el artículo de José Bertolote es ciertamente interesante. Corresponde a las propuestas de la comisión de la Sección de Psiquiatría Preventiva de la WPA, aprobadas por la asamblea general de la WPA en el 12º Congreso Mundial de 2002 (9). Estas propuestas requieren una breve explicación: medios de información universales a disposición de la población general; referencias selectivas al tratamiento de los trastornos mentales y de sus riesgos; trastornos psicológicos de riesgo alto no identificados como psiquiátricos. Si se confirma esa declaración de consenso, será ciertamente importante adaptarla a la prevención del suicidio, lo que no se refiere únicamente a los trastornos mentales, sino que es una cuestión de respeto de los derechos humanos y de consideración del valor de la vida humana (10).

En último lugar, aunque no por ello menos importante, es necesario decidir hasta dónde se desea llegar con la prevención del suicidio. Los importantes problemas planteados por la eutanasia, la muerte asistida y el denominado suicidio asistido forman parte actualmente de las discusiones en congresos y reuniones sobre la prevención del suicidio, tal como ha ocurrido en septiembre de 2003 durante el 22.º Congreso de la IASP en Estocolmo.

Por tanto, si queremos mirar hacia adelante debemos afrontar varias cuestiones: ¿Nos debe sorprender que el movimiento para la prevención del suicidio –que se inició durante los primeros años de la década de 1950 para ayudar a la gente de-

sesperada y también para ayudar a una sociedad que comprendía claramente que el suicidio no se debería considerar sólo como un trastorno mental— haya dado lugar actualmente al planteamiento de cuestiones filosóficas y éticas, como el derecho a la muerte que tienen las personas que no desean vivir pero que tampoco quieren morir de una forma violenta? ¿Se debería legalizar todo ello? ¿Cuáles son las perspectivas? ¿Hemos alcanzado los límites de la prevención del suicidio? ¿Ha quedado reducida la suicidiología progresivamente a un problema político? Estamos esperanzados debido a que tenemos actualmente una Sección sobre Suicidiología en la WPA que puede colaborar con las demás secciones científicas.

Bibliografía

1. Soubrier JP. Suicide as a mission. Presented at the 19th Congress of the Association for the Prevention of Suicide, Adélaïde, March 1997.
2. Preventing Suicide - A resource for: 001- General physicians, 002- Media professionals, 003- Teachers and other school staff, 004- Primary health care workers, 005- Prison officers, 006- How to start a survivors group. Geneva: World Health Organization, 2000.
3. Ringel E. Suicide prevention and the value of human life. In: Pabst M, Battin M, Mayo D (eds). Suicide: the philosophical issues. New York: Saint Martin's Press, 1980:205-11.
4. Shneidman E. Comprehending suicide – Landmarks in 20th century suicidology. Washington: American Psychiatric Association, 2001.
5. Soubrier JP. Définitions du suicide, signification de la prévention. *Ann Méd-Psychol* 1999;157:526-9.
6. Hawks R. Predicts risk – Worksheet 99, a model for assessing imminent risk. Kaysville: Law and Human Behavior Institute, 1999.
7. Soubrier JP. Collaboration between psychiatrists and other physicians. In: Wasserman D (ed). Suicide - an unnecessary death. London: Dunitz, 2001:231-6.
8. Wasserman D. A stress-vulnerability model. In: Wasserman D (ed). Suicide - an unnecessary death. London: Dunitz, 2001:25.
9. World Psychiatric Association. Consensus statement on psychiatric prevention. *WPA Sections' Newsletter* 2003;2:6.
10. Soubrier JP. Souvenirs to remember and meditate - Perspectives on suicidology. *Suicide Life Threat Behav* 1998;28: 147-9.

Comportamiento suicida: comentarios, avances, retos. Una perspectiva europea

WOLFGANG RUTZ

*Department of Psychiatry, Academic University
Hospital, Uppsala, Sweden*

La tendencia al suicidio constituye uno de los indicadores más notables del grado de enfermedad mental. Al considerar la complejidad de las causas biológicas, psicológicas, existenciales y sociales que están detrás del suicidio, así como el efecto que sobre la prevención del suicidio tiene el bienestar mental, la mejor manera para contrarrestar la tendencia al suicidio parece ser, finalmente, la promoción de la salud mental y de las actividades pertinentes a ella.

La tendencia al suicidio en los países europeos indica cuáles son las poblaciones en riesgo, en el conjunto de la sociedad y en sus diferentes estratos. Así, brinda información acerca de los cambios estresantes más significativos, desde el punto de vista individual y social. La búsqueda de factores de protección parece en esta circunstancia tan importante como la determinación de los factores de riesgo para el suicidio: por ejemplo, cuando se observa que en un país los mayores índices de suicidio se dan en los hombres jóvenes; en otro, en las mujeres jóvenes; en un tercer país, en los ancianos varones, mientras que los ancianos varones de un cuarto país no muestran en absoluto tendencia al suicidio.

Se ha señalado a menudo que existe una polaridad entre los que apoyan la idea de que el suicidio es la consecuencia de un trastorno mental y de problemas genéticos y biológicos, y los que sostienen que se debe a factores psicosociales, económicos y existenciales. No obstante, en la moderna investigación del suicidio ha tenido lugar una solución a este problema conceptual a través del reconocimiento de la interacción mutua entre el entorno y la naturaleza, entre los factores biológicos y mentales, por un lado, y los factores psicosociales, existenciales y espirituales, por otro. Así, tener en cuenta que la depresión subyace a la mayor parte de los suicidios consumados no implica una actitud de medicalización que niega por completo la causalidad multidimensional y multifactorial subyacente a la depresión como tal, incluso en los casos en los que

se demuestra una predisposición biológica.

En la mayor parte de los casos individuales, los complejos factores sociológicos y psicológicos ya existentes requieren, para causar el efecto decisivo del suicidio, la distorsión de la percepción asociada a la depresión. A consecuencia de ello, los programas eficaces de prevención del suicidio deben ser complejos. Deben abordar el trastorno depresivo, con sus síntomas y su distorsión cognitiva, de manera que se apliquen estrategias para mejorar la práctica clínica; sin embargo, al mismo tiempo deben implicar a los sectores sociales relacionados con la vida humana individual. Para ello es necesaria la participación de equipos multidisciplinarios constituidos por psiquiatras, psicólogos, profesionales de enfermería, asistentes sociales y sociólogos, que puedan brindar el asesoramiento antropológico y existencial correspondiente.

En la Europa de hoy en día existen programas preventivos regionales, nacionales y locales respecto al suicidio, que han demostrado eficacia. Sin embargo, la evidencia no siempre es fácil de obtener. Para alcanzar la significación estadística necesaria a menudo se agrupan los suicidios consumados junto con los intentos de suicidio individuales o de grupo, en la categoría de comportamiento suicida. No obstante, de esta manera se evalúan en conjunto grupos muy diferentes. Hay numerosos factores distintos en los intentos de suicidio múltiples y en los suicidios consumados. Estas diferencias se refieren a la distribución por sexos, por edades y por variables sociales (como la ocupación laboral y la situación conyugal). Realmente, algunos de los elementos del comportamiento de intento de suicidio son preventivos respecto al suicidio consumado: en concreto, la búsqueda de ayuda, mostrando el desvalimiento y la desesperación de tipo suicida.

En cualquier caso, es cierto que el suicidio es un episodio infrecuente y que es necesario realizar estudios con potencia estadística suficiente.

Para alcanzar este objetivo, sería conveniente agrupar los suicidios consumados y los fallecimientos debidos a causas externas o «indeterminadas», relacionados con comportamientos de riesgo y de

carácter destructivo en el tráfico o en el lugar de trabajo. La experiencia obtenida en países europeos, especialmente en los de Europa oriental, demuestra que el número de fallecimientos por accidente o por causas externas está relacionado más estrechamente con el número de suicidios consumados que con el número de intentos de suicidio, especialmente en los individuos con múltiples intentos de suicidio.

Es asombroso comprobar la diferencia entre los resultados de la evaluación de los distintos tipos de programas para la prevención del suicidio. La confusión introducida por estas contradicciones se refiere sobre todo a los programas dirigidos hacia uno solo de los factores subyacentes al suicidio consumado. Sin embargo, a menudo es posible obtener resultados más coherentes y positivos a través de programas complejos que responden al problema del suicidio de una forma más global y que hoy en día constituyen la política de prevención del suicidio recomendada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Europa.

Otra dificultad es la demanda actual respecto a los diseños de los grupos de control y de los métodos de asignación aleatoria en los estudios de investigación, de manera que en los ensayos clínicos sobre el suicidio suele ser difícil alcanzar estos niveles de exigencia. Tal como ocurre en otros campos de la investigación sobre salud mental, en la suicidiología los conceptos de evidencia posiblemente deberían ser ampliados para integrar la investigación cualitativa y los diseños semiexperimentales, por ejemplo, permitiendo que un grupo de población actuase como su propio control, comparando la situación antes de la intervención y después de ella.

Otra dificultad es la representada por los problemas de sexo. La posible existencia de un síndrome depresivo, agresivo y con fuerte tendencia al suicidio en los varones podría ser una de las explicaciones de la representación excesiva del sexo masculino entre los suicidas con problemas de abuso de sustancias, trastornos de la personalidad y psicopatía. Así, parece clave reconocer el hecho de que el comportamiento psicopático o la adicción al alcohol que se observan a menudo en los varones suicidas pueden ser indicativos de un síndrome depresivo, a menudo diferente del observado en las mujeres. Su tratamiento complejo y global debe constituir una prioridad, para luchar contra la tendencia excesiva al suicidio y a la destrucción en varones. Especialmente en los países de Europa occidental, en los que la mortalidad masculina excesiva por suici-

dio, violencia y accidentes se ha convertido en un problema de salud pública, parece urgente el desarrollo y la implementación de estrategias preventivas del suicidio con especificidad de sexo.

La prevención del suicidio no sólo implica la eliminación de los factores que provocan y facilitan el propio suicidio. También conlleva el refuerzo de los factores de resistencia y protección que se puedan identificar. Por ejemplo, las mujeres de muchos países en situación dramática parecen protegidas frente a las consecuencias del estrés social (p. ej., la pérdida de identidad, la desesperanza y la desaparición de los vínculos sociales) que incide de manera importante en los varones. Una de las lecciones que es preciso aprender del comportamiento femenino, para disminuir la mortalidad masculina excesiva por suicidio, es la estrategia de incrementar la capacidad de búsqueda de ayuda por parte de los varones, con objeto de aumentar sus posibilidades de establecer vínculos sociales que permitan contrarrestar las situaciones de pérdida de identidad y de desesperanza en los países en fase de transición.

No obstante, el estudio de los grupos masculinos en riesgo y la identificación de la depresión y tendencia al suicidio en los varones son tareas complejas. En los cuestionarios específicos se deben incluir los criterios diagnósticos centrados en la forma en la que los varones sufren la depresión. En este contexto, la *Gotland Scale for Male Depression* ha demostrado ser útil. También han sido útiles incluso instrumentos de evaluación, como la *WHO-5-Well-being Scale*, que no están centrados en los síntomas depresivos, sino en el bienestar.

Entre las estrategias globales para la prevención del suicidio hay dos enfoques que han tenido una importancia especial. Uno de ellos es la reducción del acceso a los medios para consumar el suicidio. El otro es la aplicación de programas de formación dirigidos hacia los contactos de primera línea (en el ámbito comunitario, en la psiquiatría de urgencia y en la asistencia sanitaria primaria), con objeto de incrementar los conocimientos relativos al suicidio y a la depresión, especialmente en cuanto a la evaluación de su riesgo. También han sido útiles los proyectos educativos y de toma de conciencia aplicados en escuelas y en los lugares de trabajo.

En Europa se ha planteado una acalorada discusión acerca del papel que pueden desempeñar los antidepresivos en la prevención del suicidio. Las experiencias que han tenido lugar en varios países europeos demuestran que el incremento de la medicación antidepresiva en el ámbito de la población parece ejercer un efecto de prevención del suicidio, especialmente cuando se contempla en un programa global de detección, tratamiento y vigilancia de la depresión. Otros autores han señalado el posible riesgo que implican específicamente los antidepresivos serotoninérgicos respecto a los comportamientos agresivos e incluso autoagresivos, con incremento del riesgo de suicidio.

Incluso aunque se demostrara la existencia de estos casos, que estarían en la línea de los conocidos efectos paradójicos o de rebote causados por otros tratamientos farmacológicos, parece sin embargo fuera de toda duda que hoy en día la medicación antidepresiva impide más suicidios de los que provoca. A pesar de que pudiera estar teniendo lugar un con-

sumo excesivo de antidepresivos, el problema auténtico existente hoy en día en Europa es el tratamiento insuficiente de la depresión y la insuficiencia de la prevención del suicidio.

Finalmente, el suicidio no es un fenómeno aislado. Se debe contemplar como parte de un espectro continuo de enfermedad y muerte en relación con las situaciones de estrés, de desesperanza, de pérdida de identidad y de insignificancia social.

Hay un grupo de población que sufre la falta de cohesión existencial y en el que aparecen diversos trastornos, entre los cuales no sólo están las reacciones depresivas sino también las adicciones y el alcoholismo, los trastornos cardiovasculares, los estilos de vida de riesgo y los comportamientos autodestructivos.

La lucha contra el suicidio debe estar integrada en programas de salud pública dirigidos hacia la promoción de la salud y la prevención primaria, y en contra de los patrones de mortalidad y de morbilidad excesiva relacionados con el estrés y con la enfermedad mental en cada grupo social.

Las actividades más importantes para contrarrestar el incremento de la tendencia al suicidio que existe en Europa, y que han sido propuestas por la OMS para los años venideros, son los abordajes sociales y psiquiátricos modernos, redefinidos para incluir la aplicación de los conocimientos más recientes acerca de la interacción entre la naturaleza y el entorno, entre el cuerpo y la mente, y la creación de políticas integradas y multisectoriales de salud mental pública.

World Psychiatry 2004; 3: 152-162

Caracterización premórbida en la esquizofrenia: el Pittsburgh High Risk Study

MATCHERI S. KESHAVAN, VAIBHAV A. DIWADKAR, DEBRA M. MONTROSE, JEFF A. STANLEY, JAY W. PETTEGREW

Department of Psychiatry, University of Pittsburgh School of Medicine, 3811 O'Hara Street, Pittsburgh, PA 15213, USA

Los estudios prospectivos sobre familiares jóvenes en riesgo de esquizofrenia pueden ofrecer información acerca de los posibles precursores premórbidos de la enfermedad. En los estudios de carácter progresivo que se están realizando en Pittsburgh se ha señalado que los familiares jóvenes no psicóticos de riesgo alto sufren déficit neuroconductuales, cerebrales estructurales, psicológicos y neuroquímicos que pueden iniciarse desde la niñez o antes. En este artículo se resumen los datos de estos estudios, se revisa la bibliografía relevante en este campo emergente y se aportan algunos datos nuevos que indican la existencia de alteraciones en la arquitectura del sueño en los familiares jóvenes con riesgo de esquizofrenia. En conjunto, los datos presentados pueden ayudar a predecir la aparición final de la esquizofrenia, trastornos del espectro de la esquizofrenia o bien otros cuadros psicopatológicos diferentes de este espectro.

Palabras clave: riesgo alto, esquizofrenia, técnicas de imagen, sueño, psicopatología

Los factores genéticos constituyen uno de los determinantes etiológicos mejor establecidos en la esquizofrenia (1-3). El riesgo de esquizofrenia aumenta en la población general en proporción a la proximidad de relación familiar y al número de familiares afectados por esta enfermedad. Los hijos de pacientes con esquizofrenia presentan un riesgo de aproximadamente el 13 % de padecer la enfermedad; en los casos en los que ambos progenitores son esquizofrénicos, este riesgo asciende hasta el 40 % (4). Si se tiene un familiar de primer grado con esquizofrenia el riesgo de desarrollar la enfermedad aumenta en cinco veces en los padres y en ocho veces en los hijos. Así, el estudio prospectivo de los familiares de riesgo alto de pacientes con esquizofrenia puede ser útil para determinar los marcadores que pueden predecir el inicio de la enfermedad.

Durante las décadas de 1960 y 1970 se iniciaron varios estudios de riesgo alto, y algunos de estos estudios de «primera generación» se mantienen hasta la fecha. En estos estudios se realizó generalmente el seguimiento de los hijos de pacientes esquizofrénicos, aunque también se han estudiado poblaciones de riesgo como los hermanos pequeños y los gemelos monocigóticos con discordancia respecto a la enfermedad. En tres de estos estudios, el New York Infant Study (5), el Swedish High Risk Study (6) y el Israeli Infant Study (7), se realizó el seguimiento de los hijos desde su nacimiento en adelante. En el New York High Risk Project (NYHRP) (8) y el Israeli Kibbutz High Risk Study (9) se estudiaron los hijos desde la época en que recibían enseñanza primaria, mientras que en el Copenhagen High Risk Project (CHRP) (10) y el Edinburgh High Risk Study (EHRS) (11) fueron evaluados los hijos desde la adolescencia. En algunos de estos estudios, aunque no en todos, se ha efectuado el seguimiento de los participantes a través de todo el período de riesgo y se han obtenido datos acerca del riesgo de esquizofrenia y de otros trastornos relacionados. Las tasas de esquizofrenia y otros trastornos psicóticos relacionados, del Eje I, han oscilado en los hijos de pacientes esquizofrénicos entre el 8 % (estudio NYHRP) y el 21 % (estudio CHRP), de manera que estos riesgos han sido sustancialmente mayores que en los grupos de control. Los hijos de pacientes esquizofrénicos también muestran un riesgo significativamente elevado de trastornos de la personalidad del grupo A (8).

No obstante, los primeros estudios de riesgo alto realizados carecían de potencia estadística y, por tanto, fueron relativamente modestos en términos de relación coste-efectividad. Además, sus resultados fueron muy variables y carecieron a menudo

de especificidad (v. 12-16 respecto a la revisión de estos estudios). Además, la información predictiva aportada por estos estudios fue limitada, debido a los escasos conocimientos neurobiológicos relativos a la esquizofrenia que existían en el momento en el que se iniciaron.

La introducción de las técnicas de neuroimagen y de electrofisiología *in vivo* a lo largo de los dos últimos decenios ha planteado la posibilidad de determinar las alteraciones estructurales y funcionales cerebrales en la fase premórbida de la esquizofrenia. Se están empezando a desarrollar nuevos abordajes *in vivo* para el estudio de la biología cerebral en las situaciones de alteración del neurodesarrollo. En los últimos años se han iniciado dos estudios de riesgo alto prospectivos: el EHRS y el Pittsburgh Risk Evaluation Program (PREP). Los primeros datos de carácter longitudinal y transversal obtenidos en estos estudios han aportado una evidencia preliminar de la existencia clínicamente premórbida de alteraciones neuroconductuales, electrofisiológicas, estructurales, funcionales y neuroquímicas en el cerebro de los familiares jóvenes de riesgo alto; en este artículo se recogen dichos datos. Se resumen brevemente los abordajes utilizados en la evaluación de las personas de riesgo alto y se aportan datos resumidos de los resultados obtenidos hasta el momento. Además, se ofrecen algunos datos de polisomnografía del sueño no publicados previamente, en los que se demuestra que las personas de riesgo alto sufren alteraciones indicativas de disfunción prefrontal.

MÉTODOS

Participantes

Los familiares de riesgo alto fueron definidos como las personas en las que no se había establecido nunca el diagnóstico de un trastorno psicótico y que tenían al menos un familiar de primero o segundo grado con esquizofrenia o con un trastorno esquizoafectivo. Los individuos de riesgo alto fueron identificados mediante el contacto con los padres o familiares mayores que eran atendidos en el Western Psychiatric Institute and Clinic (WPIC) o en otros centros clínicos relacionados con éste. Finalmente, participaron 81 jóvenes familiares en primer grado, con una edad comprendida entre 6 y 25 años, así como una serie de controles sanos con distribuciones similares en cuanto a la edad y el sexo, que residían en la vecindad. Fueron excluidos los pa-

cientes con un diagnóstico según el DSM-IV de retraso mental, con traumatismo craneoencefálico importante, con antecedentes significativos de enfermedad médica o neurológica, o con padecimiento actual de alguna enfermedad médica o neurológica. Todos los protocolos experimentales fueron aprobados por el University of Pittsburgh School of Medicine Institutional Review Board. Todos los participantes dieron su consentimiento informado por escrito después de que se les describieran los estudios. Los padres o tutores también otorgaron su consentimiento informado en el caso de los participantes menores de 18 años de edad. Los diagnósticos fueron determinados mediante el Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for Children (K-SADS) en los niños menores de 15 años y mediante la Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I) en los participantes mayores de esta edad. Los trastornos de los padres se determinaron mediante la SCID-I. Los participantes fueron diagnosticados según los criterios DSM-IV en reuniones de consenso.

Evaluaciones neuroconductuales y clínicas

La elección de los instrumentos neuroconductuales y clínicos estuvo guiada por la necesidad de determinar los trastornos de la atención (observables en las personas de riesgo alto), los signos neurológicos blandos (que son diagnósticos de la esquizofrenia) y la esquizotipia, que puede sugerir una predisposición a la psicosis (17).

Se seleccionó la versión Continuous Performance Task (CPT)-Identical Pair (18) por su capacidad para la detección de las alteraciones de la atención en las personas de riesgo alto. Se aplicó a todos los participantes la Buchanan and Heinrichs Neurological Evaluation Scale (NES) (19), un instrumento estructurado para la evaluación de los signos neurológicos en esquizofrénicos. La esquizotipia fue evaluada mediante dos de las escalas de tendencia a la psicosis, de Chapman. Se seleccionaron específicamente las escalas Perceptual Aberration and Magical Ideation Scales (20-21), debido a que se ha demostrado que tienen un cierto valor predictivo respecto a la aparición de psicosis en el futuro (17).

Estudios de imagen

Se efectuó resonancia magnética (RM) ponderada en T₁ (mediante el dispositivo de RM corporal total GE Signa 1.5 T) en las regiones de interés, realizando los análisis morfométricos mediante el programa informático IMAGE del National Institute of Health (NIH). Las alteraciones neuroanatómicas también fueron evaluadas mediante morfometría basada en vóxeles. Los estudios de resonancia magnética espectroscópica (RME) por emisión de protones se realizaron mediante un único vóxel localizado en la región anterior de la circunvolución del cuerpo calloso. Para la obtención de datos por medio de RME con fósforo (³¹P) se utilizó una espiral volumétrica craneal de dos canales (transmisor/receptor). Los datos de la RME fueron procesados mediante métodos totalmente automáticos por asistentes de investigación que no conocían los datos clínicos. En un pequeño grupo de participantes también se efectuó RM funcional (RMf) con contraste dependiente del nivel de oxígeno sanguíneo durante las tareas de respuesta oculomotora retardada mediante un escáner corporal total GE Signa 3.0 Tesla.

Estudios de polisomnografía durante el sueño

Los participantes fueron estudiados durante dos noches consecutivas mediante registros polisomnográficos en el laboratorio de sueño WPIC. Se evitaron las siestas diurnas. Los períodos de sueño que se aplicaron en el laboratorio estuvieron fundamentados en las horas habituales de dormirse y despertarse de los participantes, determinadas a través de un diario relativo a los patrones de sueño más recientes. Los electrodos se colocaron aproximadamente 1 hora antes de acostarse. El sueño se registró en el laboratorio en un polígrafo de 24 canales (78B Grass Instruments) con electroencefalograma (EEG), electrooculograma (EOG) y electromiograma (EMG) en la barbilla. El EEG consistió en la colocación de un electrodo C4 en el cuero cabelludo en relación con la apófisis mastoides. La continuidad del sueño, el sueño con movimientos oculares rápidos (REM) y el sueño de ondas lentas se evaluaron mediante métodos de puntuación estandarizados y también a través del análisis de la potencia espectral y de la amplitud del período (para más detalles, v. 22). Mediante este último abordaje, que representa un análisis más sensible de los índices del sueño, puede calcularse el número de fases de sueño δ y de fases REM (total y promedio por minuto) a lo largo de la noche.

Se evitaron las siestas diurnas. Los períodos de sueño que se aplicaron en el laboratorio estuvieron fundamentados en las horas habituales de dormirse y despertarse de los participantes, determinadas a través de un diario relativo a los patrones de sueño más recientes. Los electrodos se colocaron aproximadamente 1 hora antes de acostarse. El sueño se registró en el laboratorio en un polígrafo de 24 canales (78B Grass Instruments) con electroencefalograma (EEG), electrooculograma (EOG) y electromiograma (EMG) en la barbilla. El EEG consistió en la colocación de un electrodo C4 en el cuero cabelludo en relación con la apófisis mastoides. La continuidad del sueño, el sueño con movimientos oculares rápidos (REM) y el sueño de ondas lentas se evaluaron mediante métodos de puntuación estandarizados y también a través del análisis de la potencia espectral y de la amplitud del período (para más detalles, v. 22). Mediante este último abordaje, que representa un análisis más sensible de los índices del sueño, puede calcularse el número de fases de sueño δ y de fases REM (total y promedio por minuto) a lo largo de la noche.

RESULTADOS

En la tabla 1 se suministra un resumen global de los resultados obtenidos en los distintos subgrupos de los datos generados hasta el momento por los estudios Pittsburgh High Risk.

Tabla 1 Hallazgos principales en los estudios Pittsburgh High Risk

Ámbito	Hallazgos principales
Clínico	Proporciones elevadas de trastornos del Eje I, especialmente TDAH y trastorno disocial (23)
Psicosocial	Aumento de la emoción expresada en los familiares; tendencia a mayores trastornos en los descendientes de familiares con emoción expresada elevada (24)
Neurocognitivo	Alteración de la atención, de la memoria de trabajo espacial y de las funciones ejecutivas; aumento en la puntuación de la NES (25)
Estructura cerebral	Reducciones volumétricas en la amígdala y el hipocampo, así como en la CTS; reducciones de la sustancia gris prefrontal en los individuos de riesgo alto esquizotípicos (23, 26-28)
Función cerebral	Disminución de la activación prefrontal con ROR en la RMf (25)
Química cerebral	Disminución del cociente NAA/colina; disminución de PME y aumento de PDE genérico (25, 26)
Electrofisiología	Disminución del SOL; disminución de la amplitud en P300

CTS: circunvolución temporal superior; NAA: N-acetilaspártato; NES: Neurological Evaluation Scale; PDE: fosfodiéster; PME: fosfomonoéster; RMf: resonancia magnética funcional; ROR: respuesta oculomotora retardada; SOL: sueño de ondas lentas; TDAH: trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

Trastornos del el Eje I

Los familiares de riesgo alto (n = 81; hijos o hermanos) presentaron una probabilidad mucho mayor de sufrir algún trastorno diagnosticable. Fueron excluidos del estudio 10 individuos, 5 de los cuales padecían ya un trastorno psicótico, debido a que no cumplían los criterios de participación. La muestra de 71 participantes que cumplían los criterios estaba constituida

por 36 adolescentes de sexo masculino (edad = 14,3 ± 2,9 años) y por 35 de sexo femenino (15,7 ± 4,5 años). En orden de frecuencia, los trastornos del Eje I observados fueron trastorno por déficit de atención con hiperactividad (n = 21), trastorno negativista desafiante (n = 11), depresión (n = 11), trastorno disocial (n = 8) y trastorno de ansiedad (n = 7). Aproximadamente, la tercera parte de los participantes (n = 27) no sufría ningún trastorno del Eje I (el total supera la cifra de 71 debido a que muchos participantes presentaban más de un trastorno). Los diagnósticos menos frecuentes fueron el trastorno bipolar, los trastornos adaptativos, los trastornos relacionados con sustancias, y el duelo no complicado. Los familiares de riesgo alto varones mostraron una incidencia mayor de trastornos. Los participantes con trastornos del Eje I mostraron puntuaciones mayores de esquizotipia, de signos neurológicos blandos y de trastornos del comportamiento observados por profesores o padres (Child Behavior Checklist). El aumento en la frecuencia de trastornos del Eje I observado en nuestro estudio indica que los hijos de pacientes con esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo muestran un riesgo mayor de sufrir cuadros psicopatológicos. Es necesario un seguimiento de tipo longitudinal para determinar si los trastornos no psicóticos pueden predecir la aparición de trastornos del espectro de la esquizofrenia y, finalmente, de esquizofrenia o de otros cuadros psicóticos relacionados.

Esquizotipia y otras determinaciones del comportamiento

La esquizotipia representa un grupo de dimensiones de la personalidad que puede indicar una predisposición a la esquizofrenia. Los adolescentes con rasgos esquizotípicos de la personalidad parecen presentar un riesgo especialmente elevado de sufrir psicosis en el futuro (21, 29, 30). Nuestro grupo ha observado un incremento de las puntuaciones de fabulación y de aberraciones de la percepción en familiares de riesgo alto jóvenes, especialmente en los que sufren trastornos de la atención (23).

Parámetros neurocognitivos

Las principales alteraciones en los familiares de pacientes esquizofrénicos parecen centrarse en las tareas de atención sostenida, razonamiento abstracto y velocidad motora perceptual (31). Entre los diferentes parámetros neuropsicológicos, la CPT parece asociarse de manera constante a la esquizofrenia (32). En el estudio NYHRP, la alteración de la atención durante la niñez permitió predecir el 58 % de los individuos de riesgo alto que desarrollaron trastornos del espectro de la esquizofrenia durante su edad adulta (16). La alteración de la atención es un rasgo que permanece estable a lo largo del tiempo y que está relacionado con la vulnerabilidad genética (33). La habilidad motora básica también estaba alterada en el 75 % de los hijos de los pacientes esquizofrénicos, y las tasas de resultados falsamente positivos fueron del 27 %. La memoria verbal a corto plazo estaba alterada en el 83 % de los hijos de esquizofrénicos que posteriormente desarrollaron esquizofrenia (16); este parámetro tuvo una gran sensibilidad, pero dio lugar a una tasa relativamente elevada de resultados falsamente positivos (28 %). Por el contrario, las alteraciones de la atención tuvieron una sensibilidad baja (58 %) y una tasa de resultados falsamente positivos también baja (18 %). Por lo tanto, puede concluirse que las alteraciones de la atención constituyen uno de los parámetros neuroconductuales más útiles para la predicción de la evolución en los hijos de pacientes esquizofrénicos con riesgo de esquizofrenia. Los datos obtenidos en el estudio PREP indican

la presencia de alteraciones de la atención (CPT) y de la función ejecutiva (Wisconsin Card Sorting Test), así como un incremento de los signos neurológicos blandos, en los familiares de riesgo alto jóvenes (34).

Estudios de resonancia magnética

Los niños con riesgo de esquizofrenia y los familiares adultos no psicóticos de pacientes con esquizofrenia presentan alteraciones cerebrales estructurales de menor grado que los pacientes con psicosis manifiesta. En algunos estudios con RM cerebral de los familiares de pacientes se han demostrado alteraciones en las estructuras relacionadas con la esquizofrenia. Los familiares jóvenes y los familiares adultos no psicóticos muestran alteraciones volumétricas, especialmente en las regiones prefrontal y temporal, lo que indica que estas anomalías pueden reflejar –al menos en parte– una vulnerabilidad frente a la enfermedad (para una revisión de estos estudios, v. 35). Nuestros datos indican una disminución volumétrica en la amígdala y el hipocampo (23), así como en la circunvolución temporal superior (27); también hemos observado disminuciones más prominentes en la sustancia gris prefrontal de los individuos de riesgo alto con características esquizotípicas (28). Los avances en el conocimiento de la vulnerabilidad biológica frente a la esquizofrenia serán facilitados por el incremento en la precisión de la determinación de las alteraciones, por la evaluación de la posible relación entre los supuestos factores de riesgo y por la determinación de la posible asociación entre estos déficit y factores genéticos o ambientales.

Estudios de resonancia magnética espectroscópica

La resonancia magnética espectroscópica (RME) constituye un método no invasor para cuantificar el metabolismo *in vivo*. En varios estudios se han observado disminuciones de N-acetilaspártato (NAA) (un marcador *in vivo* de la integridad neuronal) en las regiones cerebrales prefrontal y temporal de los pacientes con esquizofrenia (para un análisis de esta cuestión, v. 36). Los datos de carácter transversal obtenidos en el estudio PREP indican una reducción del cociente NAA/colina en los descendientes con riesgo de esquizofrenia (26). Se han efectuado observaciones similares en familiares adultos de pacientes con esquizofrenia (37), lo que indica que la RME puede ofrecer información acerca de los fundamentos neuroquímicos del rasgo hereditario de esta enfermedad.

Los estudios de ERM con ³¹P *in vivo* han demostrado la alteración del metabolismo de los fosfolípidos de membrana en la corteza prefrontal durante las primeras fases de la esquizofrenia. Sin embargo, no se ha determinado si estas alteraciones también representan indicadores premórbidos de riesgo en la esquizofrenia. Recientemente, nuestro grupo ha publicado los datos obtenidos por medio de RME con ³¹P en niños y adolescentes de riesgo alto (34). Se cuantificaron las concentraciones de fosfomonoéster (PME) y fosfodiéster (PDE) de movilidad libre, que reflejan respectivamente los precursores de los fosfolípidos de membrana y los productos de su metabolismo, así como la señal relativamente intensa bajo los picos PDE y PME debida a la menor movilidad de las moléculas con PDE y PME (p. ej., vesículas sinápticas y proteínas fosforiladas). En comparación con las personas sanas, los individuos de riesgo alto mostraron una disminución en el PME de movilidad libre y un aumento en la señal subyacente a los picos PME y PDE en la corteza prefrontal. Otros autores han efectuado observaciones similares (38). Estos datos constituyen una nueva evidencia de la disminución en la síntesis de fosfolípidos de membrana y, posible-

mente, del incremento de las vesículas sinápticas y de las fosfoproteínas en la corteza prefrontal de los descendientes jóvenes con riesgo de esquizofrenia. Estos resultados son similares a los observados en las fases iniciales de la esquizofrenia. Son necesarios estudios de seguimiento para determinar el valor predictivo de estas determinaciones respecto a la aparición futura de esquizofrenia en los individuos en riesgo.

Estudios de resonancia magnética funcional

Mediante RMf con contraste dependiente del nivel de oxígeno sanguíneo, en la actualidad es posible estudiar la activación cerebral regional anómala en adolescentes de riesgo alto. Aunque en la bibliografía se han publicado algunos datos obtenidos de RMf en familiares adultos de individuos esquizofrénicos (39), son pocos los estudios realizados sobre familiares en edades infantil y adolescente. En un estudio preliminar, nuestro grupo ha observado una disminución de la activación en las regiones cerebrales prefrontales de adolescentes de riesgo alto durante la realización de una tarea de memoria de trabajo espacial (25).

Estudios electrofisiológicos

Un parámetro fisiológico que ha recibido atención en los estudios sobre riesgo alto es la alteración del seguimiento ocular (40), que se observa en aproximadamente el 50 % de los familiares adultos. Los estudios sobre los movimientos oculares de persecución sostenida en los adolescentes de riesgo alto han demostrado una disfunción significativa en comparación con las personas sanas (41). En los estudios sobre los movimientos oculares se ha observado en jóvenes de riesgo alto la ausencia de la mejora relacionada con la edad en el rendimiento de la respuesta oculomotora retardada (42). Sin embargo, estos parámetros no han sido investigados como factores predictivos del riesgo de esquizofrenia en estudios prospectivos.

Los potenciales cognitivos evocados también han sido propuestos como medidas de predisposición. En los familiares se han observado latencias prolongadas y amplitudes reducidas en los componentes N100, P300 y P50 (43). También se han demostrado alteraciones en los potenciales auditivos (44) y en la hiporreactividad o hiperreactividad electrodérmica (45, 46), aunque de manera menos constante. Nuestros datos indican la reducción de las amplitudes P300 en los individuos de riesgo alto.

Finalmente, en varios estudios polisomnográficos se han detectado reducciones en el sueño de ondas lentas (SOL) en la esquizofrenia (para una revisión, v. 47). Entre las alteraciones observadas están la fragmentación de la continuidad del sueño y las reducciones en el SOL; las reducciones en el sueño con movimientos oculares rápidos (REM) han sido menos constantes. Las alteraciones del sueño constituyen a menudo el primer síntoma que anuncia el inicio de los trastornos en la esquizofrenia; por tanto, los estudios del sueño en las fases premórbida y prodrómica de esta enfermedad son importantes para identificar los precursores potenciales de su aparición futura. A pesar de ello, sólo en unos pocos estudios se ha evaluado el sueño en los familiares jóvenes con riesgo de esquizofrenia. Nuestro grupo ha detectado sueño δ y reducciones del sueño REM, sin alteraciones en la continuidad del sueño, en un pequeño grupo de adolescentes de riesgo alto (tabla 2). También ha observado una disminución progresiva de los recuentos δ en personas de riesgo alto, en comparación con los controles.

Nuestras observaciones de la disminución del SOL en los individuos de riesgo alto son congruentes con lo detectado en las fases iniciales de la esquizofrenia (22). La disminución del SOL en individuos de riesgo alto no psicóticos indica que esta alteración podría ser un rasgo indicativo de la predisposición a la enfermedad. Nuestra observación de la reducción progresiva con la edad en los individuos de riesgo alto es congruente con la consideración de que los adolescentes con riesgo de esquizofrenia podrían presentar una exageración del proceso normativo de reducción del SOL a lo largo de la adolescencia, quizá en relación con la pérdida de sinapsis (para el análisis de esta cuestión, v. 48). Los datos previos indican que las reducciones del SOL se pueden relacionar con los síntomas negativos, las alteraciones cerebrales estructurales, la disminución del metabolismo prefrontal y las alteraciones cognitivas (véase 48). El SOL se genera principalmente en la región prefrontal (49). Por tanto, las alteraciones polisomnográficas convergentes sugieren una disfunción fisiológica prefrontal en los familiares jóvenes con riesgo aumentado de esquizofrenia.

CONCLUSIONES

En resumen, en estudios recientes –el EHRS y el PREP– se han empezado a obtener datos útiles relativos a los posibles precursores premórbidos de la esquizofrenia. La observación de alteraciones neuroconductuales, cerebrales estructurales, fisiológicas y neuroquímicas en familiares de riesgo alto jóvenes y no psicóticos sugiere con fuerza que la diátesis neurobiológica de

Tabla 2 Arquitectura del sueño en familiares de riesgo alto y en individuos sanos

	Riesgo alto (n = 9)	Individuos sanos (n = 10)	Grupo F (grados de libertad = 1,14)	P (bilateral)
Parámetros de la continuidad del sueño				
Tiempo total de sueño en minutos (media \pm DE)	496,1 \pm 55,9	528,7 \pm 48,7	0,7	0,41
Latencia del sueño en minutos (media \pm DE)	22,3 \pm 12,1	18,2 \pm 12,1	2,0	0,18
Tiempo de despertar en minutos (media \pm DE)	14,2 \pm 11,7	5,4 \pm 3,4	4,0	0,065
Parámetros del sueño de ondas lentas				
Porcentaje δ , puntuación visual (media \pm DE)	23,1 \pm 6,8	28,2 \pm 8,2	1,3	0,27
Recuentos δ /minuto (media \pm DE)	50,3 \pm 16,5	68,5 \pm 19,3	9,5	0,008
Parámetros del sueño REM				
Latencia REM en minutos (media \pm DE)	117,0 \pm 53,5	87,6 \pm 28,7	3,5	0,08
Porcentaje de sueño REM (media \pm DE)	20,7 \pm 4,0	25,5 \pm 4,0	6,9	0,02
Recuentos REM/minuto (media \pm DE)	4,6 \pm 2,5	9,2 \pm 4,0	4,8	0,04

REM: movimientos oculares rápidos.

esta enfermedad puede tener sus comienzos durante la niñez, o incluso antes. A pesar de ello, sólo una pequeña parte de estas personas desarrolla finalmente esquizofrenia, aunque una proporción mucho mayor desarrolla características de los trastornos del espectro de la esquizofrenia o bien otros cuadros psicopatológicos diferentes de este espectro. Una cuestión clave es la de saber cuáles de estas personas tienen probabilidad de desarrollar la enfermedad en fases posteriores de la vida y cuáles son los parámetros o las combinaciones de parámetros con la mayor capacidad predictiva de ello.

El estudio PREP ha estado limitado por el pequeño tamaño de los grupos y por la naturaleza transversal de los datos obtenidos hasta el momento. Sin embargo, se están aplicando medidas para aumentar el tamaño de los grupos y para realizar un seguimiento con diseño longitudinal. Hay algunas otras líneas futuras prometedoras, que vale la pena reseñar. En primer lugar, los campos de investigación en riesgo alto y pródromos de la enfermedad están empezando a converger, de manera que los parámetros indicativos de enfermedad precoz obtenidos a partir de la investigación en riesgo alto podrían servir como parámetros de evolución para evaluar a los individuos de riesgo alto (50). En segundo lugar, el uso de técnicas de neuroimagen de campo alto y de espectroscopia (4T o superior) (51) puede permitir una definición más precisa de las alteraciones neuroquímicas y microestructurales que pueden caracterizar la fase premórbida de la esquizofrenia. En tercer lugar, la reciente identificación de genes candidato con posibilidades de replicación y que confieren susceptibilidad, como los genes de la catecol-O-metiltransferasa (COMT) y RGS4 (52, 53), proporciona un potente grupo adicional de posibles parámetros predictivos para evaluar en estudios de riesgo alto con diseño longitudinal. Finalmente, dado el gran número de muestras necesarias para alcanzar significación estadística en los estudios de riesgo alto, para progresar de manera eficaz y rápida en esta área clave de la investigación sobre la esquizofrenia, se requiere urgentemente la realización de estudios prospectivos y multicéntricos sobre individuos de riesgo alto cuidadosamente evaluados mediante el uso de métodos neurobiológicos y genéticos.

World Psychiatry 2004; 3: 163-168

Bibliografía

- Gottesman II. Schizophrenia genesis: the origins of madness. New York: Freeman, 1991.
- McGuffin P, Farmer AE, Gottesman II et al. Twin concordance for operationally defined schizophrenia. Confirmation of familiarity and heritability. *Arch Gen Psychiatry* 1984;41:541-5.
- Kendler KS. Hierarchy and heritability: the role of diagnosis and modeling in psychiatric genetics. *Am J Psychiatry* 2002;159:515-8.
- Gottesman II, Shields J. Schizophrenia: the epigenetic puzzle. New York: Cambridge University Press, 1982.
- Fish B, Marcus J, Hans SL et al. Infants at risk for schizophrenia: sequelae of a genetic neurointegrative defect. A review and replication analysis of pandysmaturación in the Jerusalem infant development study. *Arch Gen Psychiatry* 1992;49:221-35.
- McNeil TF, Harty B, Blennow G et al. Neuromotor deviation in offspring of psychotic mothers: a selective developmental deficiency in two groups of children at heightened psychiatric risk? *J Psychiatr Res* 1993;27:39-54.
- Marcus J, Hans SL, Auerbach JG et al. Children at risk for schizophrenia: the Jerusalem Infant Development Study. II. Neurobehavioral deficits at school age. *Arch Gen Psychiatry* 1993;50:797-809.
- Erlenmeyer-Kimling L, Squires-Wheeler E, Hilldoff-Adamo UH et al. The New York High-Risk Project. Psychoses and cluster A personality disorders in offspring of schizophrenic parents at 23 years of follow-up. *Arch Gen Psychiatry* 1995;52:857-65.
- Mirsky AF, Kugelmass S, Ingraham LJ et al. Overview and summary: twenty-five year follow-up of high-risk children. *Schizophr Bull* 1995;21:227-39.
- Mednick SA, Parnas J, Schulsinger F. The Copenhagen High-Risk Project, 1962-1986. *Schizophr Bull* 1987;13:485-95.
- Johnstone EC, Russell KD, Harrison LK et al. The Edinburgh High Risk Study: current status and future prospects. *World Psychiatry* 2003;2:45-49.
- Gooding DC, Iacono WG. Schizophrenia through the lens of a developmental psychopathology perspective. In: Cicchetti D, Cohen DJ (eds). *Developmental psychopathology: risk, disorder, and adaptation*. New York: Wiley, 1995:535-80.
- Cornblatt B, Obuchowski M. Update of high risk research: 1987-1997. *Int Rev Psychiatry* 1997;9:437-47.
- Sarfati Y, Hardy-Bayle MC. Could cognitive vulnerability identify high-risk subjects for schizophrenia? *Am J Med Genet* 2002;114:893-7.
- Niemi LT, Suvisaari JM, Tuulio-Henriksson A et al. Childhood developmental abnormalities in schizophrenia: evidence from high-risk studies. *Schizophr Res* 2003;60:239-58.
- Erlenmeyer-Kimling L. Neurobehavioral deficits in offspring of schizophrenic parents: liability indicators and predictors of illness. *Am J Med Genet* 2000;97:65-71.
- Chapman LJ, Chapman JP, Kwapil TR et al. Putatively psychosis-prone subjects 10 years later. *J Abnorm Psychol* 1994;103:171-83.
- Cornblatt B, Lenzenweger MF, Erlenmeyer-Kimling L. The Continuous Performance Test, Identical Pairs Version: II. Contrasting attentional profiles in schizophrenic and depressed patients. *Psychiatry Res* 1989;29:65-85.
- Buchanan RW, Heinrichs DW. The Neurological Evaluation Scale (NES): a structured instrument for the assessment of neurological signs in schizophrenia. *Psychiatry Res* 1989;27:335-50.
- Eckblad M, Chapman LJ. Magical ideation as an indicator of schizotypy. *J Consult Clin Psychol* 1983;51:215-25.
- Chapman LJ, Chapman JP, Raulin M. Body-image aberration in schizophrenia. *J Abnorm Psychol* 1978;87:399-407.
- Keshavan MS, Reynolds CF, Miewald JM et al. Delta sleep deficits in schizophrenia: evidence from automated analyses of sleep data. *Arch Gen Psychiatry* 1998;55:443-8.
- Keshavan MS, Dick E, Mankowski I et al. Decreased left amygdala and hippocampal volumes in young offspring at risk for schizophrenia. *Schizophr Res* 2002;58:173-83.
- Montrose DM, Zeigler MR, Sujata M et al. Expressed emotion and young relatives at risk for schizophrenia. *Schizophr Res* 2001;49:40.
- Keshavan MS, Diwadkar VA, Spencer SM et al. A preliminary functional magnetic resonance imaging study in offspring of schizophrenic parents. *Prog Neuro-Psychopharmacol Biol Psychiatry* 2002;26:1143-9.
- Keshavan MS, Montrose DM, Pierri JN et al. Magnetic resonance imaging and spectroscopy in offspring at risk for schizophrenia: preliminary studies. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 1997;21:1285-95.
- Rajarethinam RP, Sahni S, Rosenberg DR et al. Reduction of superior temporal gyrus volume in young offspring of patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry* (in press).
- Diwadkar VA, Sweeney JA, Montrose DM et al. Cognitive impairments and structural MRI abnormalities in schizotypal first-degree relatives of schizophrenia patients. *Biol Psychiatry* 2003;53(Suppl. 8):500.
- Kwapil TR, Miller MB, Zinser MC et al. Magical ideation and social anhedonia as predictors of psychosis proneness: a partial replication. *J Abnorm Psychol* 1997;106:491-5.
- Kwapil TR. Social anhedonia as a predictor of the development of

- schizophrenia-spectrum disorders. *J Abnorm Psychol* 1998;107:558-65.
31. Kremen WS, Seidman LJ, Pepple JR et al. Neuropsychological risk indicators for schizophrenia: a review of family studies. *Schizophr Bull* 1994;20:103-19.
 32. Cornblatt BA, Keilp JG. Impaired attention, genetics, and the pathophysiology of schizophrenia. *Schizophr Bull* 1994;20:31-46.
 33. Michie PT, Kent A, Stienstra R et al. Phenotypic markers as risk factors in schizophrenia: neurocognitive functions. *Aust N Zeal J Psychiatry* 2000;34(Suppl. 2):S74-85.
 34. Keshavan MS, Sujata M, Mehra A et al. Psychosis proneness and ADHD in young relatives of schizophrenia patients. *Schizophr Res* 2002;59:85-92.
 35. Lawrie SM. Premorbid structural abnormalities in schizophrenia. In: Keshavan MS, Kennedy JL, Murray RM (eds). *Neurodevelopment and schizophrenia*. London: Cambridge University Press (in press).
 36. Keshavan MS, Stanley JA, Pettegrew JW. Magnetic resonance spectroscopy in schizophrenia: methodological issues and findings - Part II. *Biol Psychiatry* 2000;48:369-80.
 37. Callicott JH, Egan MF, Bertolino A et al. Hippocampal N-acetyl aspartate in unaffected siblings of patients with schizophrenia: a possible intermediate neurobiological phenotype. *Biol Psychiatry* 1998;44:941-50.
 38. Klemm S, Rzanny R, Riehemann S et al. Cerebral phosphate metabolism in first-degree relatives of patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2001;158:958-60.
 39. Callicott JH, Egan MF, Mattay VS et al. Abnormal fMRI response of the dorsolateral prefrontal cortex in cognitively intact siblings of patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2003;160:709-19.
 40. Levy DL, Holzman PS, Matthyse S et al. Eye tracking and schizophrenia: a selective review. *Schizophr Bull* 1994;20:47-62.
 41. Ross RG. Early expression of a pathophysiological feature of schizophrenia: saccadic intrusions into smooth-pursuit eye movements in school-age children vulnerable to schizophrenia. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003;42:468-76.
 42. Diwadkar V, Sweeney J, Boarts D et al. Oculomotor delayed response abnormalities in young offspring and siblings at risk for schizophrenia. *CNS Spectrums* 2001;6:899-903.
 43. Friedman D, Squires-Wheeler E. Event-related potentials (ERPs) as indicators for risk for schizophrenia. *Schizophr Bull* 1994;20:63-74.
 44. Schreiber H, Stolz G, Rothmeier J et al. Prolonged latencies of the N2 and P3 of the auditory event-related potential in children at risk for schizophrenia. A preliminary report. *Eur Arch Psychiatry Neurol Sci* 1989;238:185-8.
 45. Dykes KL, Mednick SA, Machon RA et al. Adult third ventricle width and infant behavioral arousal in groups at high and low risk for schizophrenia. *Schizophr Res* 1992;7:13-8.
 46. Hollister JM, Mednick SA, Brennan P et al. Impaired autonomic nervous system-habituation in those at genetic risk for schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51:552-8.
 47. Keshavan MS, Reynolds CF, Kupfer DJ. Electroencephalographic sleep in schizophrenia: a critical review. *Compr Psychiatry* 1990;30:34-47.
 48. Keshavan MS, Tandon R. Sleep abnormalities in schizophrenia: pathophysiological significance. *Psychol Med* 1993;23:831-5.
 49. Horne J. Human slow-wave sleep and the cerebral cortex. *J Sleep Res* 1992;1:122-4.
 50. Keshavan MS, Cornblatt BA, Davidson M et al. Investigating risk for schizophrenia: how genetic high risk approaches can inform prodromal research. Presented at the Annual Meeting of the American College of Neuropsychopharmacology, Puerto Rico, December 2003.
 51. Theberge J, Bartha R, Drost DJ. Glutamate and glutamine measured with 4.0 T proton MRS in never-treated patients with schizophrenia and healthy volunteers. *Am J Psychiatry* 2002;159:1944-6.
 52. Harrison PJ, Owen MJ. Genes for schizophrenia? Recent findings and their pathophysiological implications. *Lancet* 2003;361:417-9.
 53. Prasad KMR, Chowdari K, Nimgaonkar VL et al. RGS4 gene polymorphism, cognition and in vivo neurobiology in first episode schizophrenia. *Schizophr Res* 2004;67(Suppl. 1):28.

Aplicación del Eating Attitudes Test (EAT-26) en un grupo de adolescentes de habla zulú residentes en el medio rural de Sudáfrica

CHRISTOPHER P. SZABO, CLIFFORD W. ALLWOOD

Division of Psychiatry, Department of Neurosciences, Faculty of Health Sciences, University of the Witwatersrand, 7 York Road, Parktown, 2193 Johannesburg, South Africa

Este estudio se llevó a cabo como parte de un análisis del riesgo potencial de sufrir trastornos futuros de la conducta alimentaria por parte de mujeres negras de Sudáfrica. En estudios previos se han demostrado actitudes alimentarias que indican que existe este tipo de riesgo en poblaciones urbanas. Se ha aplicado una versión traducida del Eating Attitudes Test (EAT-26) en un grupo de población rural de habla zulú (n = 361). Se estableció una prevalencia del 3 % de actitudes alimentarias anómalas. En congruencia con la hipótesis, los resultados indican que el riesgo de sufrir un trastorno de la conducta alimentaria en una población rural es relativamente menor. Al respecto, parece que hay una línea clara de separación entre los contextos urbano y rural, lo que puede tener implicaciones respecto a la aparición de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes sudafricanos de raza negra. No obstante, una consideración que se debe tener en cuenta al interpretar los datos es la validez del EAT-26 en esta población.

Palabras clave: EAT-26, zulú, adolescentes, Sudáfrica

Aunque los trastornos de la conducta alimentaria se han descrito en Sudáfrica desde la década de 1970 (1, 2), los casos presentados se referían únicamente a mujeres de raza blanca, hasta que en 1995 se publicó la primera serie de casos en mujeres de raza negra (3). Desde entonces, se han efectuado numerosos estudios transculturales de carácter comunitario en los que se han evaluado las tasas de prevalencia de las actitudes y comportamientos alimentarios asociados con trastornos de la conducta alimentaria (4-7). Estos estudios se han efectuado predominantemente sobre grupos urbanos y aplicando las versiones inglesas de los cuestionarios utilizados en la evaluación de las actitudes y comportamientos alimentarios. Los resultados obtenidos en estos estudios señalan que los trastornos de la conducta alimentaria pueden ser tan frecuentes en la comunidad de raza negra como en la de raza blanca. Aunque el número de pacientes de raza negra que solicita tratamiento es cada vez mayor, esta cifra todavía no ha alcanzado los niveles que se observan en la comunidad de raza blanca (8). En Sudáfrica se han producido cambios políticos y sociales espectaculares que constituyen el terreno sobre el que aparecen los trastornos de la conducta alimentaria en las mujeres negras que residen en el medio urbano (9).

En nuestro estudio se han evaluado las actitudes alimentarias en un grupo de mujeres adolescentes de habla zulú residentes en el medio rural, utilizando una versión zulú del Eating Attitudes Test (EAT-26) (10). En el momento en el que se realizó el estudio no había datos comparables. Se propuso como hipótesis que la prevalencia de las actitudes alimentarias anómalas, así como el riesgo potencial de sufrir trastornos alimentarios, podrían ser menores en el contexto rural que en el contexto urbano. La demostración de esta hipótesis tendría implicaciones importantes, no solamente respecto a la asignación de recursos sino también respecto a la investigación futura de cualquier diferencia observada.

MÉTODOS

La metodología de este estudio no fue distinta de la que se aplicó en un estudio sobre el medio urbano efectuado simultáneamente (7). El número total de participantes en el estudio actual fue de 361; las participantes eran estudiantes de sexo feme-

nino que acudieron a clase el día de inicio del estudio. Participaron dos colegios que fueron elegidos en función de su ubicación, rural pero accesible. Todas las participantes eran de raza negra y de etnia zulú. No fue posible disponer de las cifras de estudiantes ausentes ese día.

La selección de un grupo zulú estuvo influida por el hecho de que KwaZulu-Natal es la provincia de Sudáfrica con mayor población (20,3 % de la población total del país) (11). Además, el zulú se habla en más hogares (22 %) que cualquier otra lengua del país (11). KwaZulu-Natal está poblada predominantemente en zonas rurales (56,5 %), en comparación con otras provincias que son casi exclusivamente urbanas (96,4 %) (11). El tamaño de la muestra rural fue determinado principalmente por los recursos de los que disponían los investigadores en términos de tiempo, financiación y accesibilidad. En este caso, fueron las restricciones de carácter práctico –más que los métodos estadísticos– las que determinaron que el tamaño de la muestra fuera de aproximadamente 400 participantes.

El EAT-26 es un cuestionario que debe ser completado por el propio participante. Las preguntas se refieren a las actitudes, creencias y comportamientos respecto a los alimentos, la configuración corporal y el peso corporal. Se obtienen una puntuación total y tres puntuaciones de otras tantas subescalas (realización de dieta, bulimia y control oral). Una puntuación de 20 o superior indica la existencia de actitudes y comportamientos alimentarios anómalos, lo que puede señalar la presencia de trastornos alimentarios (12); las subescalas ofrecen un perfil. El cuestionario fue traducido al zulú a pesar de que la lengua en la que se ofrecieron las instrucciones en los colegios elegidos fue el inglés, según indicación de sus directores. El proceso implicó la traducción al zulú, la nueva traducción al inglés y la modificación de la versión zulú según la nueva traducción al inglés. La versión final fue remitida a los directores de los colegios, solicitando sus comentarios y sugerencias.

RESULTADOS

La edad media de las adolescentes participantes era de 17,87 (DE = 2,77) años. El peso corporal medio era de 59,16 (DE =

11,41) kg, la estatura media, de 1,57 (DE = 0,06) metros, y el índice de masa corporal medio, de 23,8 (DE = 3,95).

El nivel socioeconómico fue determinado principalmente mediante la ocupación laboral paterna (13). En los casos en los que no existía este dato, se utilizó la ocupación laboral de la madre. El perfil socioeconómico de la muestra fue el siguiente: I (ocupaciones laborales de carácter profesional, p. ej., ingeniero, médico), 2,7 %; II (ocupaciones laborales de carácter administrativo y técnico, p. ej., fisioterapeuta, profesor), 9,2 %; III (ocupaciones laborales de mano de obra cualificada, p. ej., oficinista, mecanógrafo), 13,6 %; IV (ocupaciones laborales de mano de obra parcialmente cualificada, p. ej., trabajador de la construcción), 18,0; V (ocupaciones laborales sin necesidad de cualificación, p. ej., trabajador de mantenimiento de carreteras, empleados domésticos), 56,5 %.

En esta muestra, el 3 % (11/361) de las participantes presentó una puntuación de 20 o superior en el EAT-26. La puntuación media para la muestra total fue de 7,47 (DE = 5,5), con las siguientes puntuaciones medias en las subescalas: «realización de dieta», 5,36 (DE = 3,7); «bulimia», 0,81 (DE = 1,63), y «control oral», 1,29 (DE = 1,94).

En las adolescentes que presentaron una puntuación de 20 o superior (n = 11) la puntuación total media fue de 24,63 (DE = 4,45), con las puntuaciones siguientes en las subescalas: «realización de dieta», 13,72 (DE = 3,49); «bulimia», 5,27 (DE = 3,6); «control oral», 5,63 (DE = 3). En las adolescentes con una puntuación inferior a 20 (n = 350), la puntuación total media fue de 6,93 (DE = 2,77). Las puntuaciones en las subescalas fueron las siguientes: «realización de dieta», 5,1 (DE = 3,39); «bulimia», 0,67 (DE = 1,31); «control oral», 1,16 (DE = 1,74).

En la determinación de la congruencia interna, el coeficiente α de Cronbach fue 0,61. Un análisis del factor del componente principal con rotación varimax reveló que el 24,8 % de la varianza se podía explicar por tres factores, de manera que el factor 1 explicó el 12 % de la varianza total. Los valores raíz de la matriz de los tres primeros factores fueron 3,1, 1,7 y 1,6 respectivamente. Una matriz de transformación ortogonal demostró 6/13, 4/6 y 1/7 elementos en los factores 1, 2 y 3, respectivamente, con una carga de factor > 0,4

DISCUSIÓN

En un estudio sobre adolescentes de razas negra y blanca efectuado en el contexto urbano al mismo tiempo que este estudio, se detectó una tasa de prevalencia de actitudes alimentarias anómalas del 18,7 % en las adolescentes de raza negra y del 18,6 % en las de raza blanca (7). La tasa de prevalencia del 3 % observada en las participantes de raza negra residentes en el ámbito rural en el estudio presente demuestra una diferencia sustancial. Este resultado es congruente con la hipótesis original de que la intensidad de las actitudes alimentarias anómalas en el ámbito rural es inferior a la observada en el ámbito urbano, en este grupo de población. No parece haber datos directamente comparables en el contexto de Sudáfrica. En lo que se refiere a los resultados obtenidos en la muestra rural, hay datos potencialmente comparables procedentes de estudios realizados en el norte de India (14) y en Pakistán (15). En ambos estudios se utilizaron versiones traducidas del EAT-26. El primero de estos estudios (14) se realizó en un contexto rural y demostró una prevalencia de actitudes alimentarias anómalas del 29 %. Este resultado fue considerado excesivamente elevado, dada la muy baja prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en la comunidad. En el segundo estudio se utilizó una versión urdu del EAT-26 y se determinó una prevalencia de actitudes alimentarias anómalas del 7 % (15). En un estudio efectuado en Sudáfrica se observó que el 13,3 % de una muestra de

universitarios de orígenes urbano y rural presentó una puntuación superior a 21 en el EAT-26 (16).

En el estudio presente se estableció una puntuación EAT-26 media del 7,47, es decir, inferior a la observada en las muestras urbanas (raza blanca, 12,27; raza negra, 12,48) en un estudio previo (7). Senekal y cols (16) no detectaron diferencias significativas en la puntuación EAT-26 media entre los participantes de orígenes urbano o rural, lo que no necesariamente significa que estas personas residieran en sus ámbitos de origen, con una puntuación media de 12,1 para todo el grupo. En el estudio de King y Bhugra (14) no se obtuvo información relativa a la puntuación media total ni a las puntuaciones en las subescalas, mientras que en el estudio de Choudry y Mumford (15) se demostró una puntuación EAT-26 media de 11,1 en su muestra.

Diversos investigadores han advertido frente al uso del EAT-26 en un formato traducido y transcultural (14). Se ha señalado que las preguntas son mal interpretadas y que el cuestionario es problemático desde el punto de vista conceptual. Hay que volver a insistir en que el EAT-26 es un cuestionario de detección cuyo valor predictivo positivo es relativamente bajo –en lo que se refiere a las puntuaciones elevadas– respecto al padecimiento de un trastorno real de la conducta alimentaria (17). Aunque King y Bhugra (14) mostraron un cierto escepticismo sobre la utilidad del cuestionario EAT-26 en ciertos contextos, la tasa de prevalencia del 3 % (respecto a las actitudes alimentarias anómalas) observada en el estudio presente parece ser realista, sobre todo en comparación con la cifra del 18,7 % observada en las participantes de raza negra del ámbito urbano (7). Durante el proceso concreto de realización del estudio en los colegios rurales no hubo problemas con la comprensión de las preguntas. El director de cada colegio había revisado el cuestionario, y los profesores estuvieron presentes y se implicaron en el proceso de cumplimiento del cuestionario por parte de las participantes, junto con el investigador. El valor de la congruencia interna (coeficiente α de Cronbach) fue de 0,61, un valor aceptable en estudios de investigación (18). Este resultado indica una fiabilidad suficiente en la muestra, ciertamente comparable a los datos obtenidos en este contexto en Sudáfrica, en los que se obtuvo un valor de 0,62 en una muestra de universitarios de raza negra (16). Este valor no fue mencionado en el estudio de King y Bhugra (14). En un estudio posterior realizado en Mirpur, Pakistán (15), se demostró la posibilidad de la traducción del EAT-26 (al urdu en este caso) y de su aplicación en un contexto no occidental, a través de una validación del cuestionario, tanto lingüística como conceptual, y de sus escalas.

También se realizó un análisis de factores de confirmación. En la versión original del cuestionario EAT-26, los tres factores explicaron el 40,2 % de la varianza total (10), mientras que en la muestra presente de participantes de raza negra y del medio rural los tres factores explicaron el 24,8 % de la varianza total. En nuestra muestra de participantes de raza blanca en el ámbito urbano (7), el 44 % de la varianza fue explicado por los tres factores, de manera que el factor 1 explicó el 28 % de la varianza total. En nuestra muestra de participantes de raza negra en el ámbito urbano (7), el 31 % de la varianza fue explicado por los tres factores, de manera que el factor 1 explicó el 16,6 % de la varianza total. Básicamente, parece que –en comparación con el estudio original (10) efectuado en Sudáfrica– las participantes de raza blanca y del ámbito urbano presentaron niveles similares (7), mientras que las participantes del ámbito rural (estudio presente) mostraron niveles diferentes, de manera que las participantes de raza negra y del contexto urbano mostraron una similitud mayor a las participantes de raza blanca y del medio urbano en este contexto (7).

En conclusión, el estudio presente es el primero en el que se ha utilizado una versión zulú del EAT-26 sobre un grupo de mujeres adolescentes de raza negra en Sudáfrica. Hasta el momento

no se han realizado otros estudios con los que se puedan establecer comparaciones directas. Aunque los resultados son congruentes con la hipótesis original, la prudencia nos obliga a considerarlos preliminares. Son necesarios nuevos estudios dirigidos específicamente hacia una definición más precisa de los instrumentos actuales o hacia el desarrollo de instrumentos alternativos y con especificidad de cultura para evaluar los trastornos alimentarios. Aunque los resultados indican que las personas de raza negra que residen en el ámbito rural de Sudáfrica presentan un riesgo menor de trastornos de la conducta alimentaria, realmente siguen presentando un riesgo. Es necesario evaluar las causas de la prevalencia relativamente baja de actitudes alimentarias anómalas en el medio rural, en comparación con el medio urbano. Así, podría obtenerse información acerca de la relevancia de las intervenciones preventivas aplicadas en el ámbito comunitario y relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria; esta información podría ser útil no solamente en Sudáfrica sino, en general, en todo el mundo.

Agradecimientos

Los autores quieren agradecer a Linda Pefile su ayuda con la traducción del cuestionario y su aplicación; a Sister Lephoto por su ayuda con la traducción del cuestionario; a Sister Vorster por su ayuda con los aspectos logísticos del estudio, y a Mark Paiker y Mike Greyling por el análisis estadístico y por sus consejos.

World Psychiatry 2004; 3: 169-171

Bibliografía

- Norris DL. Clinical diagnostic criteria for primary anorexia nervosa. *South Afr Med J* 1979;56:987-93.
- Beumont PJ, George GCW, Smart DE. 'Dieters' and 'vomitters' and 'purgers' in anorexia nervosa. *Psychol Med* 1976;6:617-32.
- Szabo CP, Berk M, Tlou E et al. Eating disorders in black female South Africans. A series of cases. *South Afr Med J* 1995;85:588-90.
- Szabo CP, Hollands C. Abnormal eating attitudes in secondary-school girls in South Africa, a preliminary study. *South Afr Med J* 1997;87:524-30.
- le Grange D, Telch CF, Tibbs J. Eating attitudes and behaviours in 1435 South African Caucasian and non-Caucasian college students. *Am J Psychiatry* 1998;155:250-4.
- Wassenaar D, le Grange D, Winship J et al. The prevalence of eating disorder pathology in a cross-ethnic population of female students in South Africa. *Eur Eat Disord Rev* 2000;8:225-36.
- Szabo CP, Allwood CW. A cross-cultural study of eating attitudes in adolescent South African females. *World Psychiatry* 2004; 3:41-4.
- Szabo CP. Eating attitudes among black south africans. *Am J Psychiatry* 1999;156:981-2.
- Szabo CP, le Grange D. Eating disorders and the politics of identity: the South African experience. In: Nasser M., Katzman M., Gordon R (eds). *Eating disorders and cultures in transition*. London: Routledge, 2001:24-33.
- Garner DM, Olmsted MP, Bohr Y et al. The Eating Attitudes Test: psychometric features and clinical correlates. *Psychol Med* 1982;12:871-8.
- Sidiropoulos E, Jeffery A, Forgey H et al. South Africa survey 1997/1998. Johannesburg: South African Institute of Race Relations, 1998.
- Williams RL. Use of the Eating Attitudes Test and Eating Disorder Inventory in adolescents. *J Adolesc Health Care* 1987;8:266-72.
- Office of Population Censuses and Surveys. *Standard occupational classification, Vol. 3*. London: HMSO, 1991.
- King MB, Bhugra D. Eating disorders: lessons from a cross-cultural study. *Psychol Med* 1989;19:955-8.
- Choudry IY, Mumford DB. A pilot study of eating disorders in Mirpur (Pakistan) using an Urdu version of the Eating Attitudes Test. *Int J Eat Disord* 1992;11:243-51.
- Senekal M, Steyn NP, Mashego TB et al. Evaluation of body shape, eating disorders and weight management parameters in black female students of rural and urban origins. *South Afr J Psychol* 2001;31:45-53.
- Williams P, Hand D, Tarnopolsky A. The problem of screening for uncommon disorders - a comment on the Eating Attitudes Test. *Psychol Med* 1982;12:431-4.
- Mitchell ML, Jolley JM. *Research design explained*, 4th ed. Fort Worth: Harcourt Brace, 2001.

Desarrollo de una clasificación *casemix* para los servicios de salud mental en Nueva Zelanda

KATHY EAGAR¹, PHILLIPA GAINES², PHILIP BURGESS³, JANETTE GREEN¹, ALISON BOWER⁴, BILL BUCKINGHAM⁵, GRAHAM MELLOP⁶

¹University of Wollongong, Australia

²Ministry of Health, New Zealand

³University of Queensland, Australia

⁴Waikato DHB, New Zealand

⁵Buckingham Associates, Australia

⁶University of Auckland, New Zealand

El objetivo de este estudio ha sido el desarrollo de una clasificación casemix relativa a las características de los pacientes que utilizan los servicios de salud mental en Nueva Zelanda. A lo largo de un período de 6 meses, se obtuvo información de los pacientes, del tiempo dedicado por el personal sanitario y del coste de los servicios en ocho distritos sanitarios. Esta información fue analizada para la creación de una clasificación de las características de los pacientes que pudieran predecir mejor los indicadores de coste de los servicios ofrecidos. Se obtuvo una clasificación que permitió explicar más de las dos terceras partes de la varianza en los costes de los servicios proporcionados a los pacientes. Esta clasificación puede ser utilizada para la gestión de casos y la financiación, aunque todavía es prematuro considerar que puede determinar por completo la financiación de los servicios de salud mental.

Palabras clave: clasificación *casemix*, usuarios de los servicios de salud mental, gestión de casos

A lo largo de los últimos decenios, el reconocimiento de que las variaciones en las características de los pacientes se reflejan en las variaciones de los costes de los servicios ofrecidos ha dado lugar al desarrollo de clasificaciones *casemix* en medicina. El objetivo de éstas es el de clasificar los episodios asistenciales según los factores con mayor capacidad predictiva de la necesidad de la asistencia y de su coste. En cada clase se deben incluir episodios con patrones similares de consumo de recursos y con características clínicas también similares. Todo ello ha quedado representado especialmente en la clasificación *casemix* de grupos relacionados con el diagnóstico (GRD), que actualmente constituye el fundamento para la financiación y la consideración de los costes de los servicios sanitarios por parte de diversos gobiernos de todo el mundo.

El sector de la salud mental ha ido por detrás del sector de la medicina general en cuanto al desarrollo de una clasificación *casemix* (1). Los primeros intentos estuvieron fundamentados únicamente en el diagnóstico: estas clasificaciones no tenían una capacidad adecuada para predecir el uso de los recursos dado el número inmanejable de clases o su limitación a los contextos hospitalarios (2-9). En varios estudios se han identificado los factores siguientes como predictivos del uso de recursos: diagnóstico, gravedad de los síntomas, riesgo de autolesión o de lesión a otras personas, nivel de funcionamiento y de apoyo social, comorbilidad, características sociodemográficas y fase de la enfermedad (10-27).

En un estudio de gran envergadura efectuado en Australia (28) se obtuvieron resultados similares. El número de pacientes y las características del sistema sanitario permitieron establecer un modelo de clasificación *casemix* que pudo explicar dos terceras partes de las variaciones en el coste de los servicios. Éste fue el estímulo principal para el desarrollo de una versión de este estudio relativa a Nueva Zelanda, el Mental Health Classification and Outcomes Study (CAOS) (29).

Al cabo de 2 años de planificación preliminar del proyecto, ocho comités sanitarios de distrito proporcionaron los datos correspondientes a un período de 6 meses de 2003; entre estos datos están los relativos a toda la gama de servicios psiquiátricos ofrecidos por cada comité.

MÉTODOS

El uso de los servicios se definió en función de los «episodios asistenciales» que, para el objetivo de este estudio, fueron considerados como todos los contactos establecidos entre el usuario y el «proveedor» en un contexto terapéutico y durante un período determinado. Así, el concepto de uso de los servicios tuvo una orientación más de gestión que clínica, y la duración máxima del período de contacto se estableció en 91 días. Este período no coincidió necesariamente con un episodio de enfermedad o con los planes de tratamiento del paciente.

En el análisis de regresión se introdujeron los siguientes tipos de datos: características del paciente/usuario según los datos proporcionados por cada comité sanitario al sistema Mental Health Information National Collection; las valoraciones en las escalas de resultados como las Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS) (30); los datos relativos al coste de cada episodio asistencial, proporcionados por cada comité sanitario, y el tiempo dedicado por el personal sanitario.

A partir de este análisis de regresión se establecieron los episodios asistenciales que constituyeron las unidades de análisis, tal como se muestra en la figura 1.

Toda la información relativa a los episodios se obtuvo a través del personal sanitario responsable de la asistencia de los pacientes. La información adicional obtenida fue la valoración en las HoNOS (incluyendo HoNOS 65+ y HoNOSCA en las personas de edad avanzada y en los niños, respectivamente), la ofrecida por la versión breve del Life Skills Profile (LSP-16) (31), la Resource Utilisation Groups Activities of Daily Living Scale (RUGADL) (32) y la Children's Global Assessment Scale (CGAS) (33). El personal sanitario extrahospitalario registró su código, la fecha de contacto, el tipo de servicio ofrecido, la duración del contacto, la categoría de cada profesional y el contexto en el que éste prestó el servicio. Se desarrolló una herramienta de asignación de recursos mediante la que se registró la asignación de horas de profesionales hospitalarios de enfermería por cada paciente. Se añadió una variable compuesta que reflejaba el objetivo asistencial por cada episodio (Focus of Care, FOC) (28).

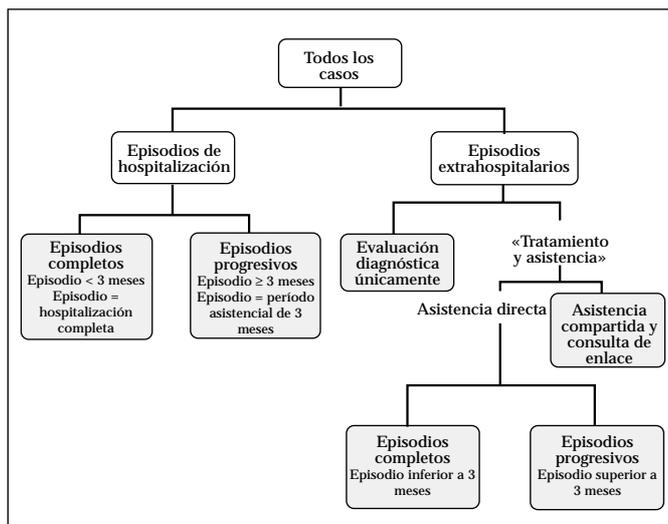


Figura 1. Modelo de episodios asistenciales utilizado en el estudio (los recuadros sombreados representan el tipo de episodio).

El equipo del proyecto nacional y el New Zealand Health Information Service establecieron un proceso para comparar e interpretar todos los datos de actividad, con objeto de introducir toda la información en un solo fichero de manera que se aliviara de esta carga adicional a los centros participantes. Durante el análisis de la determinación de clases se utilizaron cuatro reglas de diseño: a) los indicadores de costes relacionados con los usuarios (los indicadores de coste utilizados en el diseño de la clasificación deberían —siempre que fuera posible— estar relacionados con las características del usuario y no con el tipo o intensidad del servicio aplicado); b) la reducción de la varianza (la selección de los indicadores de coste debería dar lugar a una variación mínima en cada clase y a la existencia de diferencias máximas entre las clases); c) grupos clínicos sensibles (las clases finales deberían ser clínicamente sensibles); d) facilidad de recogida de los datos (las variables utilizadas en la clasificación deberían permitir la recogida sistemática de los datos así como la introducción de los códigos y de los propios datos). La variable dependiente o de respuesta fue el coste de un episodio asistencial. Las variables independientes fueron las características de los usuarios que se pudieran determinar y que demostraran tener valor predictivo respecto al coste.

Para el establecimiento de clases se utilizó PC-Group. Las variables independientes fueron seleccionadas a partir de las distintas características demográficas y clínicas registradas respecto a los usuarios. El árbol «mejor» seleccionado fue el que permitió explicar la mayor proporción de la variación en el coste asistencial. Dado que este árbol no era necesariamente el de mayor sensibilidad clínica, también se utilizó PC-Group para mejorar la lógica clínica de la clasificación. Por ejemplo, se separaron los episodios de hospitalización de adultos, niños y adolescentes, dado que esta separación tiene relevancia clínica.

El objetivo último del análisis fue la creación de grupos distintos dentro de los datos, de manera que los usuarios incluidos en cada grupo tuvieran características similares entre sí pero diferentes a las de los usuarios de los otros grupos. La similitud y la diferencia entre los usuarios fueron determinadas según el coste asistencial. Se compararon las variables independientes para determinar cuáles podrían segmentar mejor los datos en dos grupos homogéneos con las mayores diferencias posibles

entre sí. Se llevó a cabo una segmentación binaria sucesiva sobre los datos hasta que ya no fue posible mejorar dicha segmentación. En ese momento, se obtuvo la mejor clasificación. Paralelamente a este análisis de establecimiento de clases, hubo varios modelos multinivel que se ajustaron a los datos, lo que confirma la elección de las variables incluidas en el proceso de establecimiento de clases.

RESULTADOS

Perfil de los usuarios y de los episodios

En total, se produjeron 19.239 episodios asistenciales a lo largo del período de estudio de 6 meses. Estos episodios tuvieron lugar sobre un total de 12.576 usuarios. El 98 % de estos usuarios recibió asistencia en un solo comité sanitario de distrito. En conjunto, la proporción varón/mujer fue 53/47. El 62 % de los usuarios se identificó a sí mismo como de origen neozelandés europeo/pakeha, el 20 % como de origen maorí, y aproximadamente el 5 % como isleños del Pacífico. En el índice del perfil de privación, los usuarios se situaron en los deciles séptimo a décimo, especialmente en el caso de los varones.

El 55 % de los usuarios sólo había presentado un episodio asistencial durante el período de estudio; el 40 % había tenido dos episodios asistenciales. Aproximadamente, el 10 % de todos los episodios estuvo relacionado con una hospitalización. En las tablas 1 y 2 se muestran las distribuciones de los diagnósticos en el grupo estudiado.

La esquizofrenia, la paranoia y los trastornos psicóticos agudos constituyeron el 50 % de los episodios en las personas de origen en las islas del Pacífico, el 38 % en las de origen maorí y sólo el 24 % en las de origen europeo. Por el contrario, los trastornos del estado de ánimo representaron el 30 % de los episodios en los pacientes de origen europeo pero sólo el 16 % en los pacientes de origen maorí y el 14 % en los de origen en las islas del Pacífico. Los trastornos de ansiedad fueron infrecuentes en los pacientes de origen maorí y de origen en las islas del Pacífico (menos del 1 %), mientras que representaron el 4,5 % de los episodios en los pacientes de origen europeo.

Se produjeron 2.715 episodios de hospitalización con valoraciones HoNOS válidas, lo que representó el 98,5 % de todos los episodios de hospitalización. El patrón de puntuaciones HoNOS a través de los elementos fue muy similar para los tres grupos étnicos, y las puntuaciones medias más elevadas fueron las del elemento 1 (comportamiento hiperactivo, agresivo, perturbado o agitado), el elemento 6 (problemas asociados a alucinaciones y delirios) y el elemento 9 (problemas en las relaciones interpersonales). Se observaron algunas diferencias entre los tres grupos étnicos respecto a algunos elementos concretos. Estas diferencias serán evaluadas en un nuevo estudio sobre el análisis de resultados. Se obtuvieron resultados similares respecto a las demás variables clínicas. Los hallazgos FOC demostraron la presencia de diferencias étnicas importantes, con niveles mayores de «episodios agudos» en los pacientes hospitalizados pertenecientes a los grupos maorí y del Pacífico.

En la tabla 3 se recogen las diferencias de coste entre los distintos tipos de episodios. Los resultados generales más importantes respecto a los costes fueron: a) los episodios de niños y adolescentes tuvieron un coste superior a los episodios de los adultos; b) los episodios completos (a corto plazo) tuvieron un coste diario superior que el de los episodios progresivos (a largo plazo), aunque su coste fue inferior al tomar en cuenta los episodios aislados; c) los episodios asistenciales compartidos tuvieron un coste al menos igual al de los episodios asistenciales directos, tanto diariamente como en relación con cada episodio; d) los episodios de hospitalización de niños y adolescentes tuvieron un coste supe-

Tabla 1 Episodios asistenciales según el diagnóstico, adultos

	Hospitalización		Asistencia extrahospitalaria compartida		Asistencia extrahospitalaria directa		Todos los episodios	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Esquizofrenia, paranoia y trastornos psicóticos agudos	1.328	48,2	222	24,7	3.468	32,1	5.018	34,7
Trastornos del estado de ánimo	783	28,4	248	27,6	3.129	28,9	4.160	28,8
Trastornos de la personalidad	124	4,5	27	3,0	344	3,2	495	3,4
Trastornos de ansiedad	29	1,1	25	2,8	430	4,0	484	3,3
Trastornos orgánicos	106	3,8	33	3,7	299	2,8	438	3,0
Trastornos de estrés y de ajuste	53	1,9	25	2,8	360	3,3	438	3,0
Trastornos relacionados con sustancias	75	2,7	11	1,2	182	1,7	268	1,9
Trastornos de la conducta alimentaria	9	0,3	35	3,9	82	0,8	126	0,9
Trastornos obsesivo-compulsivos	11	0,4	2	0,2	59	0,5	72	0,5
Retraso mental	23	0,8	7	0,8	20	0,2	50	0,3
Síndromes conductuales sometidos a trastornos psicológicos	3	0,1			40	0,4	43	0,3
Trastornos del desarrollo psicológico	6	0,2	1	0,1	26	0,2	33	0,2
Trastornos de la niñez y la adolescencia	1		1	0,1	25	0,2	27	0,2
Trastornos somatomorfos	3	0,1	3	0,3	13	0,1	19	0,1
Trastornos sexuales	4	0,1			10	0,1	14	0,1
Otros/ausencia de datos	197	7,2	257	28,7	2.328	21,5	2.782	19,2
Total	2.755	100,0	897	100,0	10.815	100,0	14.467	100,0

Tabla 2 Episodios asistenciales según el diagnóstico, niños/adolescentes

	Hospitalización		Asistencia extrahospitalaria compartida		Asistencia extrahospitalaria directa		Todos los episodios	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Trastornos de la niñez y la adolescencia	11	11,8	22	23,9	983	31,0	1.016	30,3
Trastornos del estado de ánimo	23	24,7	7	7,6	420	13,3	450	13,4
Trastornos de estrés y de ajuste	12	12,9	5	5,4	317	10,0	334	10,0
Trastornos de ansiedad	1	1,1	2	2,2	199	6,3	202	6,0
Trastornos del desarrollo psicológico	5	5,4	5	5,4	125	3,9	135	4,0
Trastornos relacionados con sustancias	1	1,1			104	3,3	105	3,1
Esquizofrenia, paranoia y trastornos psicóticos agudos	27	29,0	2	2,2	71	2,2	100	3,0
Retraso mental			1	1,1	54	1,7	55	1,6
Trastornos de la conducta alimentaria	4	4,3	2	2,2	35	1,1	41	1,2
Trastornos obsesivo-compulsivos			2	2,2	34	1,1	36	1,1
Trastornos de la personalidad	2	2,2			15	0,5	17	0,5
Trastornos orgánicos	2	2,2	2	2,2	5	0,2	9	0,3
Trastornos somatomorfos	1	1,1			7	0,2	8	0,2
Síndromes conductuales asociados a trastornos psicológicos					1		1	
Otros	4	4,3	42	45,7	797	25,2	843	25,1
Total	93	100,0	92	100,0	3.167	100,0	3.352	100,0

Tabla 3 Perfil del coste de los episodios según el tipo de episodio (en dólares)

	Nº de episodios	Media	Mediana	Mínimo	Máximo	Percentil 25	Percentil 75	CV
Hospitalización pediátrica, progresiva	26	74.772	79.543	23.869	122.916	56.775	90.715	0,29
Hospitalización de adultos, progresiva	1.094	43.545	39.821	1.764	227.596	31.160	50.062	0,44
Hospitalización pediátrica, completa	67	25.762	17.633	1.612	77.175	9.374	37.366	0,82
Hospitalización de adultos, completa	1.661	11.757	7.635	284	108.041	3.329	15.201	1,08
Asistencia extrahospitalaria compartida pediátrica, completa	10	4.209	2.332	218	17.797	885	5.349	1,27
Asistencia extrahospitalaria compartida en adultos, progresiva	681	1.971	1.105	64	40.837	600	2.332	1,47
Asistencia extrahospitalaria directa pediátrica, progresiva	2.613	1.867	1.207	56	33.490	584	2.338	1,15
Asistencia extrahospitalaria directa pediátrica, completa	554	1.744	1.192	59	17.783	476	2.272	1,07
Asistencia extrahospitalaria directa en adultos, progresiva	9.034	1.694	1.085	37	36.517	561	2.116	1,14
Asistencia extrahospitalaria compartida pediátrica, progresiva	82	1.682	853	169	8.999	407	2.213	1,10
Asistencia extrahospitalaria compartida en adultos, completa	216	1.673	1.100	71	28.510	471	1.877	1,47
Asistencia extrahospitalaria directa en adultos, completa	1.781	1.560	1.010	46	14.328	577	1.960	1,06
Evaluación pediátrica, únicamente	102	459	399	131	1.109	262	661	0,54
Evaluación del adulto, únicamente	1.318	423	366	71	1.412	233	549	0,58

CV: coeficiente de variación.

rior al de los episodios de hospitalización de los adultos, tanto diariamente como en relación con cada episodio; e) al evaluar únicamente los episodios extrahospitalarios, su coste fue significativamente menor por episodio aunque, al considerarlos según el número de días, constituyeron los tratamientos extrahospitalarios de mayor coste. Estos resultados establecieron el fundamento para el diseño de una clasificación *casemix*.

Los episodios que presentaron los pacientes de origen en las islas del Pacífico fueron los que presentaron un coste medio mayor en los adultos (9.235 dólares), seguidos de los episodios en los pacientes de etnia maorí (7.032 dólares) y de los correspondientes a los pacientes de origen europeo (3.776 dólares). La situación fue diferente respecto a los episodios de hospitalización de niños y adolescentes, en los que el grupo de «el resto» fue el que presentó un mayor coste por episodio, seguido de los episodios de los pacientes de origen europeo. En los episodios asis-

tenciales de niños y adolescentes no se observaron diferencias de coste entre los pacientes de origen maorí y los de origen en las islas del Pacífico.

Clasificación *casemix*

Tras eliminar los episodios parciales, quedó un total de 16.665 episodios que se utilizaron para el establecimiento de las clases (tabla 4).

En la figura 2 se muestra la clasificación final desarrollada. Esta clasificación contiene un total de 42 clases. Con respecto a los adultos, los elementos HoNOS concretos, las valoraciones FOC, la situación legal y el grupo étnico fueron factores que contribuyeron significativamente a los costes como variables predictivas. El diagnóstico no fue predictivo de los costes. Con respecto a los

Tabla 4 Grupo final de datos utilizados para el establecimiento de clases

Episodio de tipo asistencial	Adultos		Niños y adolescentes		Total	
	N	%	N	%	N	%
Hospitalización	2.279	16,6	77	2,6	2.356	14,1
Evaluación diagnóstica únicamente (extrahospitalaria)	1.318	9,6	102	3,5	1.420	8,5
Asistencia extrahospitalaria compartida	774	5,6	77	2,6	851	5,1
Asistencia extrahospitalaria directa	9.349	68,1	2.689	91,3	12.038	72,2
Total	13.720	100,0	2.945	100,0	16.665	100,0

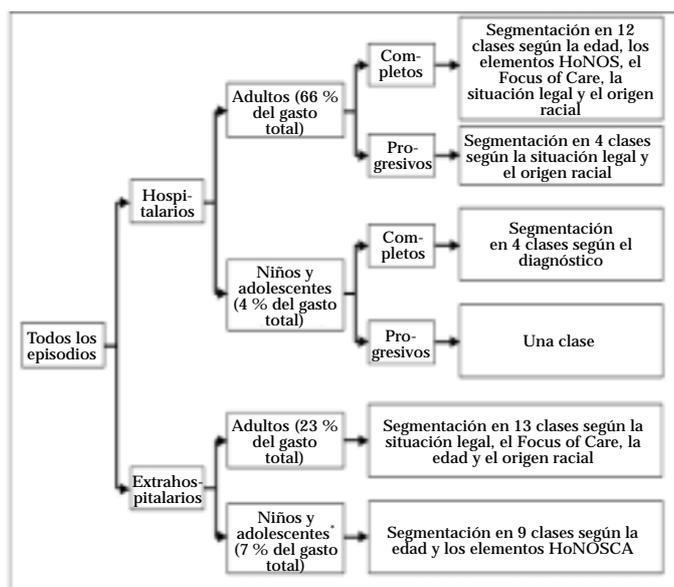


Figura 2. Clasificación de los episodios.

niños y a los adolescentes, el diagnóstico (únicamente en los episodios de hospitalización), la edad y los elementos HoNOSCA demostraron ser variables útiles.

El resultado final fue la utilización de nueve variables para la clasificación. Estas variables se recogieron en tres grupos: a) determinación del servicio directo, duración de la hospitalización (utilizada para definir los episodios completos y progresivos en el grupo de hospitalización); b) cinco variables directas referidas al usuario (edad; etnia respecto a los adultos; valoraciones HoNOS respecto a los adultos hospitalizados; diagnóstico respecto a los niños/adolescentes hospitalizados; valoraciones HoNOSCA respecto a niños y adolescentes); c) variables que constituyeron una mezcla de características del usuario y del servicio: evaluación diagnóstica de manera exclusiva (ámbito extrahospitalario), situación legal (adultos) y FOC (adultos).

La complejidad media de los casos en los tres grupos étnicos se muestra en la tabla 5. Los episodios de hospitalización en las personas de origen en las islas del Pacífico tuvieron un peso medio que fue un 35 % mayor que la media nacional correspondiente a los episodios de hospitalización, mientras que los episodios de hospitalización de las personas de origen maorí tuvieron un peso medio que fue un 22 % superior al de la media nacional. El peso de la hospitalización en el grupo europeo/otros fue un 14 % inferior al de la media nacional. Con respecto a los episodios ex-

Tabla 5 Complejidad media de los casos en los tres grupos genéricos de origen racial

Grupo étnico	Peso medio del caso, episodios de hospitalización	Peso medio del caso, episodios asistenciales extrahospitalarios	Peso medio del caso, todos los episodios
Islas del Pacífico	6,00	0,51	1,93
Maorí	5,40	0,37	1,49
Europeo/otros	3,83	0,34	0,81
Todos	4,44	0,36	1,00

trahospitalarios, los relativos a las personas de origen en las islas del Pacífico tuvieron un peso medio que fue un 44 % superior al de la media nacional, mientras que los episodios de hospitalización de las personas de origen maorí tuvieron un peso medio que fue un 5 % superior al de la media nacional. El peso de los episodios extrahospitalarios en el grupo de pacientes de origen europeo/otros tuvo un peso que fue un 4 % inferior al de la media nacional.

DISCUSIÓN

El rendimiento estadístico de la clasificación es satisfactorio. Aunque el estudio tiene la envergadura necesaria y los resultados poseen la potencia estadística suficiente, hay dos aspectos fundamentales que deben tenerse en cuenta en su análisis. El primero es que éste es un estudio fundamentalmente de tipo descriptivo de la práctica real actual, cuyos resultados no representan la práctica mejor. El segundo es que éste es el primer estudio de su categoría realizado en Nueva Zelanda y, por lo tanto, se podría considerar como preliminar. No obstante, la abundancia de los datos obtenidos hace que sea muy improbable que pueda ser reproducido con una metodología similar.

Hubiera sido preferible utilizar únicamente variables directas relacionadas con el usuario, en vez de incluir estas variables junto con las relacionadas con el proveedor del servicio. En la clasificación se utilizan las variables del proveedor del servicio en los casos en los que no hubo variables directas del usuario que se pudieran utilizar de manera sustitutiva. Realmente, ninguna clasificación *casemix* puede estar fundamentada únicamente en las variables relativas al usuario. Por ejemplo, más de la mitad de los casos en el sistema GRD se definen según la duración de la hospitalización, la naturaleza del procedimiento o el tipo de intervención. Estas variables desempeñan en el sistema GRD un papel similar al que tienen en nuestra clasificación las variables evaluación diagnóstica de manera exclusiva, situación legal y FOC. Si el sistema GRD es el modelo que se debe seguir, la mezcla de variables relacionadas con el usuario y con el servicio recogida en nuestro estudio es más que aceptable.

Estableciendo un precedente internacional, nuestro estudio ha dado lugar a una clasificación *casemix* en la que se incluyen algunas clases *casemix* basadas en el origen étnico. La decisión de incluir estas clases fue considerada cuidadosamente por todas las partes que participaron de manera activa en el estudio durante sus fases de diseño, implementación y análisis, y es una decisión que tiene sentido en el contexto de Nueva Zelanda. En congruencia con las expectativas clínicas, en el estudio se demostró que —tras el control de las diferencias clínicas en la mezcla de casos— hubo todavía diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos étnicos considerados.

En conclusión, el rendimiento de esta clasificación es satisfactorio como primera versión de una clasificación nacional. En total se establecieron 42 clases, 20 relativas a los episodios de hospitalización y 22 relativas a los episodios de asistencia extrahospitalaria. Al tener en cuenta el origen étnico de los usuarios, se observaron diferencias significativas en los costes de los episodios de hospitalización en los adultos. El diagnóstico no es una variable tan importante en los episodios de hospitalización de los adultos, aunque sí tiene importancia en los correspondientes a niños y adolescentes. Hay diferencias significativas en la complejidad de casos entre los comités sanitarios de distrito. La clasificación no se puede utilizar como modelo para la financiación, aunque ofrece abundante información respecto a las decisiones de gestión y de financiación. El grupo de datos CAOS constituye una rica fuente de información que pueden utilizar los comités sanitarios para obtener datos acerca de los costes y de las iniciativas de aseguramiento clínico.

Agradecimientos

Este estudio ha sido sufragado por el Mental Health Research and Development Strategy of the Ministry of Health y por el Health Research Council.

World Psychiatry 2004; 3: 172-177

Bibliografía

1. Fetter RB (ed). DRGs: their design and development. Ann Arbor: Health Administration Press, 1991.
2. classification system: an alternative to DRGs. *Med Care* 1989;27:543-57.
3. Ben-Tovim DI, Elzinga R, Burgess P. Psychiatric and substance abuse disorder diagnoses as predictors of length of hospital stay. *Aust Health Rev* 1996;19:20-8.
4. Fries BE, Nerenz DR, Ashcraft MLF et al. A classification system for long-staying psychiatric patients. *Med Care* 1990;28:311-23.
5. Horgan C, Jencks SF. Research on psychiatric classification and payment systems. *Med Care* 1987;25:S22-36.
6. Horn SD, Chambers AF, Sharkey PD et al. Psychiatric severity of illness: a casemix study. *Med Care* 1989;27:69-83.
7. Morath J, Fleischmann R, Boggs R. A missing consideration: the psychiatric patient classification for scheduling staffing schemes. *Perspectives in Psychiatric Care* 1989;25:40-7.
8. Phelan M, McCrone P. Effectiveness of diagnosis related groups in predicting psychiatric resource utilisation in the UK. *Psychiatr Serv* 1995;46:547-9.
9. Stoskopf C, Horn SD. The Computerised Psychiatric Severity Index as a predictor of inpatient length of stay for psychoses. *Med Care* 1991;29:179-95.
10. Mezzich JE. Architecture of clinical information and prediction of service utilisation and cost. *Schizophr Bull* 1991;17:469-74.
11. Mezzich JE, Coffman GA. Factors influencing length of hospital stay. *Hosp Commun Psychiatry* 1985;36:1262.
12. McFarland BH, Faulkner LR, Bloom JD. Predicting involuntary patients' length of stay. *Administration and Policy in Mental Health* 1990;17:139-49.
13. Gordon RE, Jardioli P, Gordon KK. Predicting length of hospital stay of psychiatric patients. *Am J Psychiatry* 1985;142:235-7.
14. Chang G, Brenner L, Bryant K. Factors predicting inpatient length of stay in a CMHC. *Hosp Commun Psychiatry* 1991;42:853-5.
15. Nieminen P, Isohanni M, Winblad I. Length of hospitalisation in an acute patients' therapeutic community ward. *Acta Psychiatr Scand* 1994;90:466-72.
16. Havassy BE, Hopkin JT. Factors predicting utilisation of acute psychiatric inpatient services by frequently hospitalised patients. *Hosp Commun Psychiatry* 1989;40:820-3.
17. Borchardt CM, Garfinkel BD. Predictors of length of stay of psychiatric adolescent inpatients. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1991;30:994-8.
18. Caton CLM, Gralnick A. A review of issues surrounding length of psychiatric hospitalisation. *Hosp Commun Psychiatry* 1987;38:858-63.
19. Taube CA, Goldman HH, Burns BJ et al. High users of outpatient mental health services. (I) Definition and characteristics. *Am J Psychiatry* 1988;145:19-23.
20. Knapp M, Beecham J, Fenho A et al. Community mental health care for former hospital inpatients: predicting costs from needs and diagnoses. *Br J Psychiatry* 1995;166:10-8.
21. Swett C, Noonan J. Factors associated with premature termination from outpatient treatment. *Hosp Commun Psychiatry* 1989;40:947-51.
22. Kirshner LA. Length of stay of psychiatric patients: a critical review and discussion. *J Nerv Ment Dis* 1982;170:27-33.
23. Cuffel B. Disruptive behaviour and the determinants of costs in the public mental health system. *Psychiatr Serv* 1997;48:1562-6.
24. Sylvester CT, Bean GJ. Predicting community tenure after psychiatric hospitalisation. *Commun Ment Health J* 1989;25:109-20.
25. Allen JG, Coyne L, Lyle J et al. Assessing need for extended psychiatric hospitalisation. *Compr Psychiatry* 1992;33:346-86.
26. Huxley P, Braude W. Acute admission to psychiatric care: factors related to length of stay. *J Ment Health* 1994;3:377-86.
27. Ghuman JS, Jayprakash S, Saidel DH et al. Variables predictive of the need for placement in a long-term structured setting for adolescents. *Psychiatric Hospital* 1990;20:31-4.
28. Burgess P, Pirkis J, Buckingham W et al. Developing a casemix classification for specialist mental health services. *Casemix* 1999;4.
29. Gaines P, Bower A, Buckingham W et al. New Zealand Mental Health Classification and Outcomes Study: final report. Auckland: Health Research Council of New Zealand, 2003.
30. Research Unit Royal College of Psychiatrists. Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents. London: Royal College of Psychiatrists, 1995.
31. Rosen A, Parker G, Hadzi-Pavlovic D et al. The Life Skills Profile: a measure assessing functioning and disability in schizophrenia. *Schizophr Bull* 1987;15:325-37.
32. Williams BC. Activities of daily living and costs in nursing homes. *Health Care Financing Review* 1994;15:117-35.
33. Schaffer D, Gould MS, Brasic J et al. A Children's Global Assessment Scale (CGAS). *Arch Gen Psychiatry* 1983;40:1228-31.

¿Ciencia oculta? Un vistazo a parte de la investigación que se realiza en África

OYE GUREJE¹, ATALAY ALEM²

¹Department of Psychiatry, University of Ibadan, Nigeria

²Department of Psychiatry, University of Addis Ababa, Ethiopia

Aunque África contribuye de una manera desproporcionadamente pequeña a la información científica que se genera en todo el mundo, la mayor parte de esta información no llega a la comunidad científica. En el continente africano se publican varias revistas científicas en las que se presentan a menudo estudios sobre la salud mental y aspectos relacionados, pero estas revistas no se recogen en los índices internacionales. En un análisis de algunas de estas publicaciones se ha observado que, durante el período 1999-2003, se realizaron estudios de investigación sobre abuso de sustancias, neurociencias y neuropsiquiatría, servicios de salud y salud mental infantil. La mayor parte de los estudios fueron descriptivos y estuvieron fundamentados en muestras clínicas o de conveniencia. Son infrecuentes los estudios epidemiológicos de carácter comunitario y también los estudios con análisis de la rentabilidad económica de las diferentes formas de intervención. A pesar de que la potencia estadística de los estudios publicados muestra grandes variaciones, los resultados obtenidos en ellos indican que en el continente se llevan a cabo numerosas actividades de investigación. El número y el tipo de estudios publicados subrayan la escasa inversión que se realiza en África en el terreno de la investigación.

Palabras clave: investigación, África, revistas científicas, salud mental

Se ha estimado que en los distintos países de África, América Latina y Oriente Medio, en conjunto, sólo reside el 13 % de los científicos de todo el mundo (1). Por ello, no es sorprendente que la contribución de África en forma de artículos publicados en revistas epidemiológicas internacionales durante el período de 1989-1990 fuera de tan sólo el 3,1 % (2). Se pueden aducir muchas razones para explicar esta contribución proporcionalmente pequeña a la bibliografía de investigación. Sin embargo, lo que ya no es tan conocido es el hecho de que hay un floreciente –aunque pequeño– grupo de publicaciones científicas en este continente que todavía no ha accedido al restringido club internacional de los índices de citación. En el campo de la investigación sobre salud mental en África se recoge un trabajo considerable en dichas publicaciones, muchas de las cuales tienen una amplia gama de lectores de medicina general en el continente, aunque no son conocidas en otras zonas del mundo.

En África subsahariana, revistas como *West African Journal of Medicine*, *East African Medical Journal*, *African Journal of Medicine and Medical Sciences*, *Central African Medical Journal*, *South African Medical Journal*, *Ethiopian Medical Journal* y *Ethiopia Journal of Health Development* tienen una larga tradición de publicación regular. *Health SA Gesondheid*, publicada en Sudáfrica, y *Journal of College of Medicine*, publicada en Nigeria, son ejemplos de revistas más recientes. Son revistas de medicina general y tienen poca probabilidad de ser leídas por personas interesadas en la bibliografía especializada en salud mental. En efecto, dada la diversidad de lenguas en el continente, algunas de estas revistas sólo tienen lectores en la región en la que se publican y no en el resto de África. Aparte de estas revistas médicas, se publican revistas especializadas en salud mental y en psiquiatría. *Psychopathologie Africaine* se ha publicado durante decenios. Por otra parte, *Southern African Journal of Child and Adolescent Mental Health* es una revista relativamente nueva, pero con un crecimiento muy rápido.

Además de las revistas, en el continente hay algunas otras formas de transmisión del conocimiento de los productos de investigación. En países como Egipto, Sudáfrica y Nigeria se realizan tradicionalmente reuniones científicas anuales de psiquiatras y de profesionales de la salud mental. Así, la Egyptian

Psychiatric Association organiza una reunión anual en la que participan profesionales de Oriente Medio y de Europa. La Association of Psychiatrists in Nigeria ha mantenido desde hace más de 20 años una reunión anual y en 2003 se celebró el XIII Congreso Nacional de la South African Society of Psychiatrists. Además, en África Oriental los psiquiatras comenzaron en 1999 una serie de reuniones científicas anuales, la última de las cuales ha tenido lugar en Arusha, Tanzania, en abril de 2004. Otras reuniones científicas anuales o bianuales importantes son las de la Society of Neuroscientists of Africa, la Nigerian Society of Neurosciences, el South African Neurosciences Group y la South African Association of Biological Psychiatry. La Pan African Association of Neurological Sciences, en la que participan de manera activa los psiquiatras, desarrolló su última reunión bianual en Cotonou, República de Benin, en marzo de 2004. Los libros de resúmenes y de actos celebrados en estas reuniones proporcionan a menudo un acceso útil a las actividades de investigación actuales que se llevan a cabo en el continente. La Association of Psychiatrists in Africa ha desaparecido (así como también el *African Journal of Psychiatry*, publicado por dicha asociación). Sin embargo, una nueva y ampliada Association of African Psychiatrists and Allied Professionals ha tomado su lugar y ha realizado su mayor reunión, con participación de países de todo el continente, en Nairobi, Kenya.

En esta revisión se presenta un resumen breve de las publicaciones más recientes de salud mental recogidas en revistas localmente editadas, con objeto de subrayar las diversas actividades de investigación que se realizan en el continente. Se hace hincapié en los artículos publicados durante el período 1999-2003 en revistas que aparecen de manera regular en el continente pero que pueden no estar a disposición de la amplia audiencia internacional.

MÉTODOS

Se efectuó una búsqueda en African Journals Online, una base de datos electrónica en la que aparecen indizadas las revistas publicadas en el continente (www.inasp.info/ajol/searchajol.cgi; www.inasp.info/psi/index.html). Sólo se consideraron los artículos publicados durante el período 1999-2003

relativos a los diversos aspectos de la salud mental y elaborados por investigadores que trabajan en África. Únicamente se tuvieron en cuenta los artículos que recogían detalles suficientes para su citación. No se incluyeron los resúmenes ni las presentaciones en forma de conferencia.

RESULTADOS

Durante el período correspondiente al estudio, se identificaron 103 artículos en los que se abordaron cuestiones relacionadas con la salud mental. Dos revistas, *East African Medical Journal* y *South African Journal of Child and Adolescent Mental Health*, publicaron más de la mitad de los artículos identificados (tabla 1). Incluso teniendo en cuenta que la mayor parte de las revistas tiene una frecuencia de publicación cuatrimestral o inferior, la representación de los aspectos de la salud mental fue relativamente baja. Por ejemplo, *West African Journal* publicó más de 160 artículos durante el período de revisión, de los cuales sólo 5 (3 %) se referían a aspectos de la salud mental.

De los 103 artículos identificados, 38 (37 %) fueron realizados por investigadores que trabajan en Sudáfrica, 27 (26 %) por investigadores nigerianos, 13 (13 %) por investigadores de Kenya y 7 (7 %) por investigadores de Zimbabwe. Otros países representados en los artículos publicados fueron Etiopía (4), Uganda, Costa de Marfil, Camerún y Malawi (dos artículos cada uno de ellos), y Tanzania, Egipto, República de Benin y Burkina Faso (un artículo cada uno de ellos).

Para facilitar la comprensión de los resultados, se ha establecido un agrupamiento arbitrario de los artículos, aunque debe tenerse en cuenta que algunos de ellos pueden no ajustarse plenamente al grupo asignado. La tabla 2 muestra la distribución de los artículos identificados. La mayor parte del trabajo de investigación realizado se refiere a aspectos relacionados con el uso de sustancias; en segundo lugar se encuentran los artículos referidos a diversas cuestiones de neurociencia y neuropsiquiatría (incluyendo la epilepsia).

La enfermedad mental en la práctica clínica general

Los estudios sobre los trastornos psiquiátricos en la asistencia primaria son cada vez más frecuentes y metodológicamente más sólidos, a pesar de que el uso de instrumentos para la detección de los pacientes no siempre está precedido por su validación. Adeyemi y Jegede (3) efectuaron un interesante estudio en Ibadan, Nigeria, en el que se comparó la detección de casos realizada por médicos generales con la detección realizada por psiquiatras, confirmando que los médicos generales presentan a menudo un bajo nivel de reconocimiento de los procesos psiquiátricos. Estos investigadores demostraron que la capacidad de los médicos para detectar los trastornos psiquiátricos en sus pacientes no sólo se asociaba a su experiencia clínica, sino también a diversos rasgos de la personalidad, determinados mediante el Eysenck Personality Questionnaire. En los casos en los que los médicos generales detectan trastornos psiquiátricos en sus pacientes, el problema que se plantea es el de qué se hace con ellos. Othieno y cols. (4) abordaron este problema en su estudio sobre los médicos generales de Kenya. Observaron un rechazo por parte de los médicos a remitir a los pacientes a los especialistas, incluso en los casos en los que dicha remisión estaba indicada; además, los pacientes también presentaron resistencia a ser remitidos al especialista. Muchos médicos eran de la opinión de que necesitaban formación adicional para poder tratar mejor a sus pacientes con trastornos mentales.

Uso de sustancias

Las encuestas escolares acerca del uso de sustancias son útiles para identificar un grupo de trastornos que se inicia a menudo durante la adolescencia. Estos estudios son especialmente frecuentes en África, debido posiblemente a la estructura de la pirámide de edad en todos los países del continente, con un segmento muy grande de la población en edad escolar. Por supuesto, son estudios de bajo coste, debido a que el acceso a los pacientes que pueden presentar estos trastornos es sencillo. Eide y cols. (5) obtuvieron información a través de los profesores de 17 escuelas de secundaria pertenecientes a diversos distritos de Zimbabwe y señalaron que, en comparación con las encuestas realizadas unos pocos años antes, se había producido un incremento en el consumo de alcohol por parte de los estudiantes, mientras que el consumo de drogas se mantenía estable. Estos investigadores observaron que, tal como era de esperar, no hubo correlación entre la evaluación realizada por los profesores y lo manifestado por los propios estudiantes con respecto al consumo de drogas como el *Cannabis* y las sustancias de inhalación. En un estudio efectuado en Nigeria también se detectó un aumento en la tendencia al consumo de alcohol y de sustancias de inhalación entre los estudiantes de secundaria (6). El uso de sustancias por parte de los estudiantes africanos no se limita aparentemente al alcohol, el tabaco y las sustancias de inhalación. Taylor y cols. (7) efectuaron un estudio sobre estudiantes de secundaria de KwaZulu-Natal, Sudáfrica, y observaron el consumo de una amplia gama de productos, entre los que se incluían no sólo diversas sustancias de inhalación sino también crack y cocaína (el 7,4 % de los estudiantes de sexo masculino señaló el consumo de esta última sustancia). Un grupo de investigadores de Zimbabwe presentó otro interesante estudio realizado en los mismos colegios, en

Tabla 1 Revistas africanas que publicaron artículos sobre salud mental durante el período 1999-2003

Nombre de la revista	Número de artículos
East African Medical Journal	29
South African Journal of Child and Adolescent Mental Health	25
Health SA Gesondheid: Interdisciplinary Research Journal	9
African Journal of Neurological Sciences	7
South African Medical Journal	6
Central African Journal of Medicine	5
Journal of College of Medicine	5
West African Journal of Medicine	5
Journal of Child and Adolescent Mental Health	3
Malawi Medical Journal	2
African Journal of Medicine and Medical Sciences	1
Annals of African Medicine	1
Global Journal of Medical Sciences	1
Nigerian Journal of Clinical Practice	1
Nigerian Journal of Health and Biomedical Sciences	1
Nigerian Quarterly Journal of Hospital Medicine	1
Scientific Medical Journal	1

esta ocasión sobre el consumo de alcohol y tabaco por parte de los profesores (8). Los resultados mostraron un cuadro muy preocupante de lo que podría constituir una «influencia negativa» de los profesores sobre sus estudiantes, especialmente con respecto al elevado consumo de cerveza por parte de los profesores de sexo masculino que trabajan en colegios privados. En una línea similar, Kebede (9) estudió el consumo de tabaco y de khat por parte de profesores universitarios en Etiopía, y observó que el consumo de tabaco estaba disminuyendo, mientras que el de khat aumentaba.

Se han publicado otros estudios sobre las diferencias entre los medios urbano y rural respecto al uso de sustancias por parte de los estudiantes (10) y por parte de los pacientes atendidos en consultas ambulatorias (11). En un estudio realizado en Etiopía se analizaron las consecuencias sobre la salud del consumo de khat (12).

Comportamiento suicida

Un área en la que no hay datos fiables en la mayor parte de los países africanos es el suicidio y el comportamiento suicida. En efecto, el suicidio ha sido considerado muy infrecuente entre los africanos. Esta consideración refleja en parte la estigmatización que acompaña al suicidio, lo que limita su notificación. Además, no suele haber una recogida sistemática de estadísticas vitales. La fuente más habitual de los datos es el contexto hospitalario. Así, Nwosu y Odesanmi (13) obtuvieron datos acerca del suicidio tras el estudio de los informes de las autopsias medicolegales realizadas en el Obafemi Awolowo University Teaching Hospital, en Ile Ife, Nigeria. Estos investigadores observaron una tasa de 0,4 por cada 100.000 personas, y una proporción varón/mujer de 3,6/1. En un estudio realizado sobre estudiantes adolescentes en Sudáfrica se señaló que la ideación suicida es frecuente (14). Así, las tasas de intento de suicidio a lo largo de la vida, tanto en las personas de raza blanca como en las de raza negra y de origen asiático, fueron comparables a las observadas en los países industrializados de Europa y América del Norte. Una característica frecuente en las personas que intentan el suicidio en África es que muchas de ellas sufren una depresión diagnosticable (15, 16).

Tabla 2 Agrupamiento de los artículos publicados en revistas africanas durante el período 1999-2003, según el tema tratado

Nombre de la revista	Número de artículos
Abuso de sustancias	26
Neurociencia/epilepsia/neuropsiquiatría	18
Sistema sanitario/servicios sanitarios	9
Psiquiatría infantil	7
Familia, cuidadores y educación pública	7
Psiquiatría forense	7
Trauma	6
Prevención/intervención	4
Comportamiento suicida	4
Abuso sexual	3
Envejecimiento	2
Miscelánea	10

Familia, cuidadores y educación pública

En muchos países africanos, la familia sigue desempeñando un papel clave en el tratamiento de los pacientes que sufren enfermedad mental. Por tanto, los investigadores han mantenido su atención sobre los familiares de las personas con enfermedad mental. Ukpong y Makanjuola (17) señalaron que muchos familiares que cuidan a pacientes con demencia sufren problemas psicológicos más intensos que los pacientes con esquizofrenia. Adebowale y Ogunlesi (18) señalaron que los familiares de las personas que sufren enfermedad mental tienden a aceptar que la enfermedad mental tiene una causa sobrenatural.

Wessels y cols. (19) ofrecieron en un programa de televisión datos preliminares acerca de los trastornos psiquiátricos en Sudáfrica. Este programa se hizo muy popular y demostró que la televisión podría ser un medio útil para informar a la sociedad acerca de los distintos aspectos de la salud mental. La aplicación de medidas educativas para cambiar las creencias y las prácticas también fue evaluada por Adelekan y cols. (20) en Nigeria. Estos investigadores demostraron que, tras un programa de formación relativamente breve, un grupo de profesionales tradicionales de la salud mental adquirió una información mejor acerca de las causas de la enfermedad mental y de los síntomas de los trastornos mentales, lo que disminuyó la frecuencia de uso de formas peligrosas de tratamiento en su práctica habitual.

Salud mental del niño y del adolescente

Un grupo de investigadores etíopes ha realizado encuestas epidemiológicas detalladas en Butajira, Etiopía, en lo que ha demostrado ser uno de los mejores ejemplos de evaluación de grupos de población en todo el continente. La mayor parte del trabajo se realizó sobre adultos y se publicó en revistas internacionales de alto nivel. Sin embargo, parte del trabajo de estos investigadores también se ha publicado en revistas locales. La actuación sobre los niños consistió en la validación de la Diagnostic Interview for Children and Adolescents (21) y en la determinación de la prevalencia de los trastornos psiquiátricos entre los niños de 5 a 15 años de edad (22), así como en la consideración de las variables sociodemográficas que se relacionan con estos trastornos (23).

DISCUSIÓN

La diversidad de artículos recogidos en esta revisión da cuenta de una amplia gama de intereses profesionales, a pesar de que no fueron elegidos con el objetivo de reflejar este hecho. Muchos de los artículos tienen una gran calidad científica y posiblemente habrían sido publicados en revistas internacionales importantes. Sin embargo, algunos de los artículos no son científicamente rigurosos. En este sentido, la aplicación de instrumentos no validados para determinar trastornos psiquiátricos o el uso de instrumentos no fiables (es decir, la evaluación de los trastornos sólo a través de la experiencia del clínico) son ejemplos de áreas en las que es necesario mejorar.

La mayor parte de los artículos se refirió a cuestiones de salud mental que afectan a grupos relativamente pequeños o con características especiales, como estudiantes, profesores o pacientes de medicina general. En la mayor parte de los artículos se evaluaron cuestiones fenomenológicas o se describió la incidencia de los distintos trastornos. Una cuestión abordada con frecuencia fue la de los trastornos relacionados con el uso de sustancias, cuya conclusión principal fue que el consumo

de sustancias psicoactivas es frecuente, sobre todo entre los jóvenes. Son infrecuentes los estudios epidemiológicos a gran escala sobre muestras representativas de la comunidad, así como los estudios de investigación respecto a la selección o la eficacia de las distintas intervenciones frente a los problemas de salud mental. Aunque es posible que alguno de estos estudios hubiera sido publicado en revistas internacionales, algo que no se ha pretendido evaluar en este artículo, en general los estudios de este nivel de calidad son escasos en África. Los estudios de alto nivel son caros y requieren a menudo una gran experiencia, tanto en investigación como en análisis. En África no hay muchos centros en los que se cumplan estas condiciones.

En el continente africano hay importantes aspectos de investigación que aún deben ser abordados y resueltos (24). Son muy escasos los datos acerca de la incidencia y la distribución de los problemas de salud mental. El conocimiento de la epidemiología de los trastornos mentales es importante para el establecimiento de políticas que faciliten la atención sanitaria de los pacientes. Los estudios de comparación de la incidencia de los distintos trastornos en los diversos grupos étnicos o raciales pueden ofrecer información acerca de las causas de las variaciones en la incidencia y ofrecen la oportunidad de detectar los distintos factores etiológicos. Son especialmente importantes los estudios relativos a las formas de intervención económicamente rentables. Estos estudios se deberían diseñar para investigar la idoneidad y la eficacia de las intervenciones terapéuticas en contextos de recursos económicos escasos. Así, debe prestarse atención a la investigación sobre el sistema sanitario y a la investigación centrada en la eficacia y la idoneidad de las distintas políticas.

Esta revisión muestra que en el continente africano hay muchas investigaciones científicas que no llegan a la comunidad internacional. Es poco probable que esta situación mejore, a menos que los sistemas internacionales de indización reduzcan sus criterios para la inclusión de las revistas, de manera que éstas puedan ser conocidas por la comunidad internacional.

World Psychiatry 2004; 3: 178-181

Bibliografía

- Nchinda TC. Research capacity strengthening in the South. *Soc Sci Med* 2002;54:1699-711.
- Yach D, Kenya P. Assessment of epidemiological and HIV/AIDS publications in Africa. *Int J Epidemiol* 1992;21:557-60.
- Adeyemi JD, Jegede RO. Correlates of psychiatric morbidity and case identification in Ibadan, Nigeria. *East Afr Med J* 1999;76:501-6.
- Othieno CJ, Okech VCA, Omondi JA et al. How Kenyan physicians treat psychiatric disorders. *East Afr Med J* 2001;78:204-7.
- Eide AH, Butau T, Acuda SW. Adolescent drug use in Zimbabwe assessed by their teachers. *Centr Afr J Med* 1999;45:86-93.
- Adelekan ML, Makanjuola AB, Ndom RJE et al. 5-yearly monitoring of trends of substance use among secondary school students in Ilorin, Nigeria, 1988-1998. *West Afr J Med* 2001;20:28-36.
- Taylor M, Jinabhai CC, Naidoo K et al. An epidemiological perspective of substance use among high school pupils in rural KwaZulu-Natal. *South Afr Med J* 2003;93:136-40.
- Eide AH, Butau T, Acuda SW. Use of alcohol and tobacco among secondary school teachers in Zimbabwe. *Centr Afr J Med* 1999;45:60-4.
- Kebede Y. Cigarette smoking and khat chewing among university instructors in Ethiopia. *East Afr Med J* 2002;79:274-8.
- Fatoye FO, Morakinyo O. Substance use amongst secondary school students in rural and urban communities in south-western Nigeria. *East Afr Med J* 2002;79:299-305.
- Otheino CJ, Kathuku DM, Ndeti DM. Substance abuse in outpatients attending rural and urban health centres in Kenya. *East Afr Med J* 2000;77:592-5.
- Belew M, Kebede D, Kassaye M et al. The magnitude of khat use and its association with health, nutrition and socio-economic status. *Ethiopian Med J* 2000;38:11-26.
- Nwosu SO, Odesanmi WO. Pattern of suicides in Ile-Ife, Nigeria. *West Afr J Med* 2001;20:259-62.
- Peltzer K, Cherian VI, Cherian L. Cross-cultural attitudes towards suicide among South African secondary school pupils. *East Afr Med J* 2000;77:165-7.
- Okulate GT. Suicide attempts in a Nigerian military setting. *East Afr Med J* 2001;78:493-6.
- Chibanda D, Sebit MB, Acuda SW. Prevalence of major depression in deliberate self-harm individuals in Harare, Zimbabwe. *East Afr Med J* 2002;79:263-6.
- Ukpong DI, Makanjuola ROA. Emotional distress and strain in relatives of patients with severe mental disorders: a comparative study. *West Afr J Med* 2003;22:139-42.
- Adebowale TO, Ogunlesi AO. Beliefs and knowledge about aetiology of mental illness among Nigerian psychiatric patients and their relatives. *Afr J Med Med Sci* 1999;28:35-41.
- Wessels C, Van Kradenberg J, Mbanga I et al. Television as a medium for psycho-education in South Africa: analysis of calls to a mental health information centre after screening of a TV series on psychiatric disorders. *Centr Afr J Med* 1999;45:1-3.
- Adelekan ML, Makanjuola AB, Ndom RJE. Traditional mental health practitioners in Kwara State, Nigeria. *East Afr Med J* 2001;78:190-6.
- Kebede M, Kebede D, Desta M et al. Evaluation of the reliability, acceptability and feasibility of the Amharic version of DICA. *Ethiopia J Health Develop* 2000;14:13-22.
- Ashenafi Y, Kebede D, Desta M et al. Prevalence of mental and behavioural disorders in Ethiopian children. *East Afr Med J* 2001;78:308-11.
- Ashenafi Y, Kebede D, Desta M et al. Mental and behavioural disorders in children in Butajira: socio-demographic correlates of disorders. *East Afr Med J* 2000;77.
- Gureje O, Alem A. Mental health policy developments in Africa. *WHO Bull* 2000;78:475-82.

Simultaneidad de trastornos relacionados con sustancias y enfermedad mental: la experiencia norteamericana

NADY EL-GUEBALY^{1,2}

¹WPA Section on Addiction Psychiatry

²Addiction Centre, Calgary Health Region, Alberta, Canada

En este artículo se presentan las características y la experiencia progresiva norteamericana en el abordaje del tratamiento de los pacientes con simultaneidad de trastornos relacionados con sustancias y de enfermedades mentales. Esta experiencia, así como diversos datos obtenidos en Europa y Australia, indican la necesidad de un consenso creciente de base empírica para plantear un abordaje integrado en el tratamiento de estos pacientes. También subraya la necesidad de efectuar estudios locales para determinar las necesidades y los recursos, y de adaptar las experiencias clínicas publicadas a los sistemas asistenciales, los recursos y la cultura locales.

Palabras clave: comorbilidades, trastornos simultáneos, abuso de sustancias, enfermedad mental, tratamiento integrado

A lo largo de los 20 últimos años, la compleja relación entre el uso de sustancias y los trastornos mentales ha recibido una atención especial (1-3). Durante el período comprendido entre 1950 y 1980 el sistema que ha abordado las necesidades asistenciales de las personas con problemas de adicción en la mayor parte de los países occidentales ha sido distinto del sistema que ha atendido a las personas con enfermedad mental. Sin embargo, esto no es lo que ha ocurrido en la mayor parte de los países de Europa Oriental, Asia y África. La mayor parte de la bibliografía reciente acerca de los trastornos simultáneos procede de países en los que han existido sistemas asistenciales separados (3, 4).

En el estudio Epidemiologic Catchment Area (ECA), efectuado en Estados Unidos, se observó que la prevalencia a lo largo de la vida de cualquier trastorno psiquiátrico era del 44 % en las personas con alcoholismo y del 64,4 % en las personas con trastornos relacionados con otras sustancias (5). En el estudio National Comorbidity Study (NCS) se señaló que la mayor parte de las enfermedades mentales eran más frecuentes en las personas que sufrían simultáneamente un trastorno relacionado con sustancias, o lo presentaban en otros momentos de su vida, en comparación con las que nunca habían presentado este tipo de problema. Además, la mayor parte de los trastornos tuvo su inicio antes del comienzo del trastorno relacionado con sustancias, con excepción de los trastornos del estado de ánimo en los alcohólicos varones, que generalmente se iniciaron después del comienzo del alcoholismo (6). En el estudio sobre población general realizado en Edmonton, Canadá, en la década de 1980, se obtuvieron resultados básicamente similares a los del estudio ECA (7). En el decenio de 1990, la encuesta British Psychiatric Morbidity Survey demostró tasas de prevalencia en la población general del 4,7 % respecto al alcoholismo y del 2,2 % respecto al abuso de otras sustancias (8). En la encuesta Australian National Mental Health Survey, efectuada en 1997, se obtuvieron cifras de prevalencia a lo largo de 12 meses del 6 % respecto al alcoholismo o dependencia del alcohol y del 3 % respecto al abuso o dependencia de otras sustancias (9). Los valores correspondientes del estudio ECA fueron del 7,4 y el 31,1 %, respectivamente.

En Norteamérica hay abundantes datos que indican las graves repercusiones médicas y sociales de la aparición de trastornos relacionados con sustancias en los pacientes con enfermedades mentales graves, entre ellos, una tasa elevada de recidiva y rehospitalización, depresión y tendencia al suicidio, aumento de los problemas familiares, violencia, encarcelamiento, mendicidad e infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). En estudios prospectivos se ha demostrado repetidamente que los resultados de los tratamientos son peores en los pacientes que mues-

tran más de un trastorno, en comparación con los que únicamente sufren uno. El incremento en el uso de servicios hospitalarios y de urgencia caros aumenta en gran medida los costes terapéuticos (4). En estudios efectuados en Alemania y Reino Unido acerca del uso de recursos sanitarios por parte de pacientes con esquizofrenia se han obtenido resultados variables: en algunos de ellos se han corroborado los resultados obtenidos en Norteamérica (10-12), mientras que en otros no ha sido así (13,14).

Las personas con simultaneidad de trastornos relacionados con sustancias y de trastornos mentales que solicitan ayuda a sistemas asistenciales distintos se encuentran con una desconcertante trama de servicios con filosofías y abordajes contradictorios. Estas personas se enfrentan a situaciones de diagnóstico erróneo, de rechazo y de remisión automática, de manera que al final pueden acabar «en los huecos» de los sistemas asistenciales. A medida que las instituciones de salud mental y de tratamiento de las adicciones fueron tomando conciencia de las necesidades especiales de estos pacientes, sus intentos para remediar esta situación insatisfactoria fueron conceptualizados en tres abordajes (2): a) tratamiento secuencial (los pacientes son tratados por un sistema y después por el otro; el orden de tratamiento de los trastornos depende en gran medida de la orientación que tenga el médico responsable); b) tratamiento paralelo (implicación simultánea del paciente en contextos terapéuticos de salud mental y de tratamiento de las adicciones; dado que el médico responsable en cada uno de los contextos tiene su propia orientación y aporta sus propios servicios al paciente, el grado de coordinación asistencial es muy variable); c) tratamiento integrado (provisión de programas terapéuticos unificados y globales dirigidos a los pacientes con trastornos simultáneos). Idealmente, el tratamiento integrado implica la participación de clínicos especializados tanto en problemas de salud mental como en problemas de adicción, así como el control unificado de los casos para la vigilancia y el tratamiento de los pacientes durante las crisis que pueden aparecer a causa de cualquiera de sus trastornos. Los primeros abordajes del tratamiento integrado consistieron simplemente en añadir un grupo de tratamiento de abuso de sustancias al programa sanitario convencional o bien en ofrecer una intervención intensiva relativa al abuso de sustancias con el objetivo de alcanzar rápidamente una situación de abstinencia. Finalmente, la integración ha dado lugar a abordajes de carácter más global: enfoques centrados en la reafirmación personal control intensivo de los casos; orientación individual, de grupo y familiar respecto al abuso de sustancias, y –ocasionalmente– hospitalización en una unidad especializada o bien ingreso del paciente en alguna institución de carácter residencial.

Las diferencias en la intensidad de los síntomas y en el grado de afectación del paciente pueden influir en la selección de alguno de los modelos citados. Por ejemplo, los modelos secuencial y paralelo pueden ser más apropiados en los pacientes en los que uno de los problemas es grave pero el otro es leve. Es destacable el hecho de que, tanto en Norteamérica como en los países en los que no hay sistemas asistenciales separados, existe la tendencia al tratamiento de la enfermedad mental, descuidando el problema de uso de sustancias, o viceversa. La asistencia integrada es un recurso cada vez más extendido, pero que todavía presenta una distribución muy desigual.

INVESTIGACIONES ACERCA DEL TRATAMIENTO INTEGRADO

La mayor parte de las investigaciones realizadas en Estados Unidos han tenido lugar en el contexto del sistema público implicado en la asistencia de las personas con enfermedades mentales graves y persistentes. Hay mucha menos información acerca de la amplia gama de enfermedades mentales que son tratadas debido a la aparición de trastornos simultáneos, tanto en el sistema público como en el privado. En 1998, Drake (15) identificó 36 estudios finalizados relativos al tratamiento integrado y los clasificó en cuatro categorías, según el grado de integración: grupo de tratamiento de ambos trastornos por separado (cuatro estudios); tratamientos integrados intensivos (nueve estudios); programas de soporte comunitarios dirigidos hacia adultos jóvenes con trastornos simultáneos (13 estudios), y programas globales e integrados de diagnóstico doble (10 estudios). En 13 de los 36 estudios se utilizó un diseño con grupo de control, y los participantes fueron principalmente pacientes con psicosis crónica. Los aspectos más prometedores identificados tanto en la revisión de Drake como en un análisis complementario efectuado por RachBeisel y cols. (16) son los siguientes: el abordaje global de reducción de lesiones; el enfoque centrado en la reafirmación personal y la estrategia de control de los casos; el abordaje escalonado centrado en las emociones; el desarrollo de capacidades a través de intervenciones cognitivo-conductuales, y la farmacoterapia a medida, para potenciar la eficacia y el cumplimiento terapéutico. También se ha demostrado que mejoran los resultados obtenidos si también se realiza el abordaje terapéutico de los beneficios de tipo secundario obtenidos por el paciente en situación de incapacidad.

DISEÑO DE LOS ÁMBITOS ASISTENCIALES EN LOS SISTEMAS Y PROGRAMAS

Actualmente, se acepta que la comorbilidad es tan frecuente que debería ser considerada como habitual, más que como excepcional. La investigación realizada mediante proyectos de demostración subraya que los resultados dependen de la intensidad del soporte proporcionado por el sistema (17). Por tanto, recientemente se han desarrollado estándares de consenso para abordar las necesidades de gestión asistencial en Estados Unidos. Dos de estos ejemplos son un panel informativo del Center for Mental Health Services (18) y los criterios de ubicación de la American Society of Addiction Medicine (ASAM) (19). En el informe del Center for Mental Health Services se definen cinco ámbitos de cambio estratégico necesarios para un sistema verdaderamente integrado: *a)* ámbito de la autoridad sanitaria (creación de un consenso entre todas las partes implicadas; planificación conjunta; mecanismos de reembolso/facturación estructurados y regulados; estándares definidos; iniciativas de demostración y formación); *b)* ámbito de dirección del programa (jefatura y visión de la integración, formación, integración global, registros de información, garantía de resultados y de calidad); *c)* ámbitos clínico y de super-

visión (supervisión basada en resultados, nuevos conocimientos, nuevas capacidades, formación especializada); *d)* ámbito de las estrategias dirigidas a la familia (información, soporte, colaboración, capacidades y refuerzo, defensa), y *e)* ámbito de las estrategias dirigidas al usuario (información, contacto con personas de características similares, orientación, rehabilitación, desempeño de nuevas funciones en el sistema). La perspectiva complementaria contemplada en los criterios ASAM respecto al uso de la red dedicada al abuso de sustancias identifica dos niveles de capacidad programática en el abordaje asistencial de las personas que presentan trastornos simultáneos: *a)* programas con capacidad diagnóstica doble (es decir, programas que contemplan la hospitalización de pacientes con trastornos psiquiátricos parcialmente estables, centrados principalmente en el tratamiento de los trastornos relacionados con sustancias); *b)* programas potenciados de diagnóstico doble (es decir, programas que contemplan la hospitalización de pacientes con trastornos psiquiátricos en situación de mayor inestabilidad o incapacidad, pero que no requieren supervisión durante las 24 horas).

OPORTUNIDADES CLÍNICAS OFRECIDAS POR LA COLABORACIÓN ENTRE LOS SISTEMAS

Dado que los sistemas de tratamiento de los cuadros de adicción y los de tratamiento de los trastornos mentales han evolucionado de forma independiente en Norteamérica a lo largo de los años, la reciente colaboración entre ambos abordajes está dando lugar a nuevas oportunidades de desarrollo en ambos campos. A continuación se ofrecen varios ejemplos seleccionados.

En el campo de la adicción

Ciclo de cambio. Los pacientes con trastornos simultáneos son considerados especialmente resistentes al cumplimiento de los tratamientos y también a la introducción de cambios. El ciclo de cambio de Prochaska y DiClemente está fundamentado en la experiencia con la interrupción del consumo de cigarrillos y actualmente está siendo aceptado cada vez con mayor intensidad en el campo de la salud mental como concepto básico para evaluar y supervisar la motivación. En este marco terapéutico se insiste en las estrategias específicas de compromiso y persuasión necesarias para conseguir que las personas que presentan trastornos simultáneos acepten el tratamiento enfocado según el modelo terapéutico basado en motivación y dirigido hacia las personas con enfermedades mentales graves y persistentes (20).

Prevención de la recidiva. Se han desarrollado estrategias de prevención de la recidiva para estimular y mantener la abstinencia del consumo de sustancias (21). Estos ejercicios sencillos y repetitivos son actualmente una herramienta básica que se utiliza en numerosos programas dirigidos hacia la mayor parte de los trastornos psiquiátricos en los que existe una prevalencia elevada de recidiva.

De la reducción de las lesiones a la abstinencia. En la primeras fases del alcoholismo es posible obtener buenos resultados con la aplicación de técnicas de «sensibilidad frente a la bebida». En general, los límites superiores del consumo moderado en una persona que sufre una enfermedad mental son inferiores a los que se observan en la población general. También se ha demostrado que el mantenimiento con metadona es un factor de estabilización en las personas con dependencia de los opiáceos que sufren, además, trastornos mentales. En la mayor parte de las personas que presentan dependencia de sustancias, la consecución de un estado de sobriedad/abstinencia es clave para la recuperación. También se reconoce la necesidad de ofrecer un soporte mayor a aquellas personas en las que la abstinencia se considera un objetivo alcan-

zable. En el caso de muchas personas con enfermedad mental, las estrategias iniciales de compromiso y persuasión conllevan un abordaje de reducción del daño. La toma de conciencia respecto al impacto producido por el uso de sustancias ha estimulado a los profesionales del campo de la salud mental a prestar una atención especial al uso de sustancias, como parte de la evaluación diagnóstica que se realiza en cada hospitalización y también como parte del plan terapéutico. Actualmente, esta evaluación incluye también el impacto causado por el consumo de cigarrillos en los pacientes con enfermedad mental. La actitud pesimista que existía anteriormente respecto al resultado de las estrategias de interrupción del consumo de cigarrillos en este grupo de pacientes está siendo sustituida por un conocimiento más preciso de las posibilidades de la aplicación de estrategias personalizadas en estos grupos diagnósticos especialmente vulnerables (22).

Papel de la autoayuda y de la espiritualidad en la recuperación. Los logros alcanzados por Alcohólicos Anónimos y por otras redes de autoayuda han contribuido a la recuperación del valor que tiene la espiritualidad a los ojos del sistema de salud mental. Actualmente, en la mayor parte de los programas terapéuticos aplicados a pacientes con simultaneidad de trastornos se realiza una introducción gradual de apoyo al proceso de los Doce Pasos y se recomienda la participación de un patrocinador.

En el campo de la salud mental

Significación de los diagnósticos válidos. El campo de la salud mental ha desarrollado una sofisticación cada vez mayor en el diagnóstico diferencial. Esta sofisticación es necesaria para diferenciar los síntomas psiquiátricos de carácter temporal (que aparecen a menudo durante la fase inicial de la recuperación) y los cuadros válidos de comorbilidad que requieren un abordaje terapéutico sistemático.

Efectos beneficiosos y las limitaciones de la psicoterapia. La práctica de la psicoterapia individual con orientación hacia el autoconocimiento fue infravalorada en el campo de los procesos adictivos, pues desde finales de la década de 1960 se había demostrado el escaso resultado de la psicoterapia analítica tradicional en esta área. Desde entonces, la práctica de la psicoterapia en pacientes con problemas relacionados con sustancias ha madurado en gran medida. Actualmente, el planteamiento inicial de sobriedad/abstinencia se considera un requisito imprescindible antes de que el paciente se comprometa en la psicoterapia individual con orientación hacia el autoconocimiento. Los abordajes terapéuticos cognitivo-conductuales han dado pasos muy importantes en este campo y presentan en la actualidad una mayor susceptibilidad a la evaluación de sus resultados. El desarrollo de técnicas de carácter innovador, como la terapia de red, así como el desarrollo de manuales para apoyar a los pacientes durante las fases iniciales de la recuperación, demuestran el potencial creativo de la psicoterapia, en cuanto a su adaptación a las necesidades de los pacientes con adicción (23-26).

Mezcla óptima en la constitución de grupos. Los diagnósticos diferenciales y las actividades funcionales hacen que los pacientes presenten capacidades heterogéneas de interacción y superación. La familiaridad con los problemas heterogéneos y con los distintos niveles de funcionamiento interactivo también ha hecho que el sistema de salud mental adquiera pericia con respecto al tamaño óptimo de los grupos y a la mezcla más adecuada de participantes, y con respecto a los procesos individualizados de terapia de grupo. El grupo óptimo debe estar formado por personas cuyas posibilidades de participar en las actividades del grupo y de influir en el proceso terapéutico del grupo sean más o menos similares (27).

Efectos beneficiosos y las limitaciones de la farmacoterapia. Una experiencia habitual en el campo de la adicción es el cambio

de la dependencia de una sustancia por la dependencia de la medicación prescrita, tal como las benzodiazepinas y los hipnóticos. El problema del abuso de la prescripción, sobre todo entre las mujeres, las personas de edad avanzada y los grupos aborígenes, ha hecho que el campo de la medicación psicotrópica haya estado a menudo basado en información y conceptos erróneos. Lamentablemente, esta situación se ha complicado todavía más por la escasez de ensayos clínicos farmacológicos adecuados en pacientes con trastornos simultáneos. El abuso o dependencia de sustancias sigue siendo un criterio de exclusión para la participación de los pacientes en la mayor parte de los ensayos clínicos. Los pacientes con comorbilidad psiquiátrica requieren un ciclo de prueba de medicación con administración del fármaco correcto en la dosis necesaria y durante el tiempo adecuado. Se corre el riesgo de una medicación insuficiente y, al mismo tiempo, son necesarias evaluaciones frecuentes de la prescripción, sobre todo cuando se utilizan combinaciones de medicamentos. Aparte del riesgo de dependencia, otro factor que se debe tener en cuenta en la selección de la medicación es el perfil de efectos adversos. El paciente expuesto a los efectos adversos del abuso de una sustancia es especialmente sensible a los efectos adversos de los medicamentos psicotrópicos, lo que contribuye a la falta de cumplimiento terapéutico por parte de estos pacientes. Los primeros medicamentos ansiolíticos, como naltrexona y acamprosato, ofrecen actualmente una dimensión nueva a la farmacoterapia y parecen ser bien tolerados por los pacientes con trastornos simultáneos.

DISEÑO DE UN PROGRAMA TERAPÉUTICO PARA LOS PACIENTES CON TRASTORNOS SIMULTÁNEOS: UN ABORDAJE ESCALONADO

Las recomendaciones que se recogen a continuación están fundamentadas en nuestros 15 años de experiencia en el diseño de un programa en Calgary, una ciudad de tamaño medio de la parte occidental de Canadá (con una población de aproximadamente 1 millón de personas). Nuestro grupo realizó la evaluación de la abundante experiencia existente en Estados Unidos, fundamentada principalmente en las necesidades del segmento de la población con enfermedades mentales graves y aplicada a través de una estrategia de gestión de casos, con adaptación a la situación más global de la asistencia sanitaria existente en Canadá.

Evaluación de las necesidades y de los recursos

Para obtener datos de prevalencia y de impacto clínico es necesario efectuar un estudio de las necesidades locales. Las amplias variaciones se pueden explicar a través de las diferencias en los ámbitos en los que se realizan los estudios, los métodos de evaluación, las definiciones de trastornos relacionados con sustancias y las variables clínicas y sociodemográficas. La simple extrapolación al contexto local de los datos existentes en la bibliografía actual puede introducir confusión.

Nuestras investigaciones en Calgary refuerzan la percepción de que los datos de prevalencia dependen de la disponibilidad de las distintas sustancias en cada comunidad. Las sustancias que utilizan principalmente las personas con enfermedad mental pueden no ser significativamente diferentes de las que usa el resto de la población, de manera que el consumo selectivo de ciertas sustancias (p. ej., marihuana o estimulantes) por ciertos grupos diagnósticos (p. ej., esquizofrénicos) puede estar más en relación con el aumento en la disponibilidad de dichos fármacos en los centros urbanos de gran tamaño (28). El único hallazgo de carácter universal puede ser la existencia de una vulnerabilidad mayor frente al consumo de cigarrillos en estos grupos de población.

Hay que tener un cuidado especial para diferenciar entre la prevalencia de los síntomas y la prevalencia de las categorías diagnósticas válidas. Las modalidades diagnósticas también pueden influir en la percepción de la prevalencia. Este grupo de población es especialmente sensible a las «epidemias» diagnósticas de trastornos disociativos, trastornos por déficit de atención e hiperactividad, etc. (29).

Los pacientes con trastornos simultáneos concurren voluntariamente a diversos servicios asistenciales. El estudio del impacto local sobre las urgencias hospitalarias, las detenciones realizadas por la policía, los problemas escolares y los problemas atendidos por los servicios sociales facilitan el diseño de un programa para solucionar las necesidades locales principales. De manera invariable, los programas que se apliquen a pacientes con trastornos simultáneos deben optimizar los distintos recursos existentes, en un contexto de restricción de los recursos económicos. Asimismo, para asegurar la evaluación de la experiencia actual y la generación de conocimientos nuevos, es necesaria una estrategia económicamente rentable para la difusión de la información a los grupos sociales, a los profesionales implicados y a los servicios de investigación.

Estimulación del interés administrativo/sistema

A partir de nuestra experiencia de consulta en varios contextos urbanos y rurales en Canadá, comprobamos que el liderazgo puede aparecer en cualquier segmento o disciplina de la red asistencial. También se puede originar a partir de la toma de conciencia por parte de los usuarios y sus familiares respecto a las necesidades no satisfechas. El mantenimiento de esta actitud de liderazgo se facilita cuando éste tiene lugar en el pequeño grupo de personas con disponibilidad para apoyarse entre sí en su relación con las autoridades sanitarias y durante el diseño de las actividades iniciales, la búsqueda de fondos económicos y la difusión pública.

Es esencial la obtención de recursos para la fusión final de los servicios necesarios. Los recursos no deben ser exclusivamente económicos; inicialmente, puede ser más sencillo conseguir tiempo de los distintos profesionales. Una fuente de financiación en una red multisectorial puede hacer que las otras partes implicadas adopten una actitud pasiva de observación, retrasando así su implicación activa, necesaria para la asistencia de los pacientes.

Nuestra experiencia indica que los programas deben iniciarse con una serie de actividades asistenciales ambulatorias limitadas, realizando nuevas reuniones de contacto a intervalos regulares. Algunos proyectos ambiciosos no llegarán nunca a buen término a pesar de su aparente gran valor. Hay que esperar que la evaluación de las necesidades se solucione con anticipación las preocupaciones relativas a la falta de «nuevos» fondos. En la actualidad, los pacientes con trastornos simultáneos utilizan los recursos de una manera intensa aunque ineficaz. Hay que decidir entre la asignación de recursos «según diseño» y la asignación «por defecto».

Individualización del marco de integración

En muchas zonas del mundo, los programas integrados limitan su objetivo a las personas que sufren trastornos mentales crónicos, centrándose en la estrategia de control de los casos. En Canadá hay un sistema de cobertura sanitaria universal sin separación de los sectores sanitarios público y privado; por ello, nuestro programa está dirigido a la población de pacientes con trastornos simultáneos, con gran diversidad de diagnósticos y formas de funcionamiento. Los servicios asistenciales abordan todas las necesidades.

Evaluación. Un paso importante es el de comprobar que el uso de sustancias quede registrado como parte de los antecedentes de cada paciente que sufre un trastorno psiquiátrico. Hay diversos instrumentos de detección válidos y fiables. A su vez, la exploración del estado mental debe quedar registrada como parte de la historia clínica de cualquier paciente con problemas de abuso o dependencia de sustancias. En nuestro programa especializado, el principal instrumento para la obtención de estos datos es el Addiction Severity Index, que permite la estimación de la necesidad de tratamiento en siete escalas (alcohol, uso de otras sustancias, y diversas evaluaciones: física, laboral, familiar, legal y psicológica). Estos instrumentos requieren una nueva validación psicométrica cuando se aplican a pacientes con trastornos simultáneos (30, 31). Para facilitar la clasificación de los síntomas y signos que presenta el paciente, con el objetivo de establecer el diagnóstico diferencial, es útil tener en cuenta algunos aspectos: la utilización de los instrumentos en el momento adecuado, la relación entre los diferentes síntomas y la sustancia utilizada, los efectos del uso de una sustancia, los patrones de ansia respecto a la sustancia, los antecedentes familiares y las respuestas a los tratamientos (32-35). ¡En ocasiones, inicialmente puede ser suficiente la propia intuición!

Prevención. El dicho de que «un gramo de prevención vale más que una tonelada de curación» tiene sentido en el abordaje del abuso de sustancias por parte de las personas con trastornos mentales y en el abordaje de las enfermedades mentales que sufren las personas con adicciones (4, 36). Se recomienda el uso de un mensaje de prevención orientado hacia el rechazo o el uso prudente de sustancias en el módulo de aprendizaje vital, especialmente en el caso de pacientes jóvenes con enfermedades mentales crónicas. Los programas dirigidos contra la adicción también deben incorporar módulos de toma de conciencia respecto a los trastornos del estado de ánimo o de ansiedad. En los pacientes que atraviesan la línea entre el consumo moderado de alcohol y el alcoholismo pueden ser útiles los «cinco pasos sencillos para beber con prudencia»: no perder de vista el problema, controlarse a sí mismo, dedicar tiempo a otras cosas, permanecer alerta y no utilizar el alcohol como medio de superación de los problemas. En las estrategias de prevención se están incorporando las medidas de prevención del consumo de cigarrillos y la educación antitabaco. Un componente importante de la prevención es el entrenamiento en la toma de conciencia, a intervalos regulares, por parte de los profesionales implicados.

Tipos de intervenciones. La continuidad asistencial es importante en este grupo complejo de pacientes. El nivel de plantilla en un contexto de control de casos y con respecto a las personas con enfermedad mental crónica fue determinado inicialmente en 1:8; sin embargo, las restricciones económicas han incrementado esta estimación hasta 1:18. Es importante un plan asistencial global ofrecido por un equipo integrado que cubra los componentes de hospitalización, de hospital de día y de asistencia ambulatoria. Inicialmente, nuestro hospital de día proporcionaba el ambiente terapéutico básico, de manera que los pacientes eran remitidos allí durante períodos de 3 semanas, que generalmente se repetían una vez. Nuestros servicios ambulatorios proporcionaron una amplia gama de intervenciones limitadas en el tiempo dirigidas a pacientes individuales, grupos o familiares, facilitando de esta manera la vuelta de los pacientes al contexto terapéutico extrahospitalario. Nuestra experiencia durante el último decenio nos ha permitido incrementar los tipos de tratamiento ofrecidos en el contexto ambulatorio según la evaluación de la fase de cambio y según el grado de compromiso del paciente. Actualmente, ofrecemos seguimientos individuales con limitación temporal (3-6 sesiones) a los pacientes que no se sienten inicialmente cómodos con las sesiones de grupo; dos sesiones psicoeducativas semanales a los pacientes que no pueden asistir a más entrevistas; sesiones de tres medios días a los pacientes en la fase de contempla-

ción y una intervención ambulatoria más intensiva (hospital de día) a los pacientes en la fase de acción.

Los pacientes con trastornos mentales graves, especialmente los que sufren esquizofrenia y algunos con trastorno bipolar, reciben apoyo del grupo con dos sesiones semanales de 1 hora de duración. El abordaje en estas sesiones es tanto educativo como de apoyo. El ciclo educativo tiene una duración de 4 semanas (ocho sesiones) y se centra principalmente en el conocimiento de la comorbilidad, en su tratamiento integrado, y en las estrategias de prevención de las recaídas. Hay un servicio de valoración global de los aspectos vocacionales y de ocio a disposición de los pacientes; a menudo, este servicio aplica métodos de rehabilitación laboral. Se valora especialmente la implicación de la familia o de otras personas importantes para el paciente. Se ofrece un programa terapéutico selectivo dirigido a parejas y fundamentado en el modelo terapéutico conductual-conyugal de O'Farrell (37). Una vez a la semana, un grupo expone las oportunidades ofrecidas por las actitudes de ayuda mutua. Con respecto a los pacientes con enfermedad mental grave y persistente, el objetivo de nuestro programa es la estabilización. Nuestro grupo se ha resistido a las iniciativas para crear un tercer sistema entre la salud mental y la adicción. Una vez estabilizado, a través de un proceso que puede durar varios meses, el paciente es remitido nuevamente al sistema asistencial del que procede.

Necesidad de una evaluación progresiva. No hay normas estándar para la evaluación de los resultados. Nuestros resultados fueron seleccionados a lo largo de un período de 2 años. La necesidad de una valoración global fue equilibrada teniendo en cuenta la carga que podía suponer para el paciente y para el sistema. Los elementos de la evaluación de los resultados pueden ser los siguientes (38): el Addiction Severity Index, que identifica la necesidad de tratamiento en siete escalas, y del cual existe una versión «de seguimiento» más breve, que es útil para las reevaluaciones; la Treatment Services Review; el Psychosocial Functioning Inventory, un indicador sólido de la calidad de vida; la Socialization Scale, que permite identificar los rasgos y la personalidad antisociales; el Patient Requests (Lazare), que destaca las percepciones que tiene el paciente acerca de sus propias necesidades; las Stages of Change, que identifican la posición del paciente en el ciclo de cambio; el DSM-IV (los diagnósticos se establecen a través de la Clinical Interview for DSM-IV (SCID) o a través de la evaluación clínica efectuada por el equipo asistencial). El período óptimo de seguimiento recomendado para los pacientes es de 1 año, con evaluaciones al alta y a los 3, 6 y 12 meses.

«*Concepto del centro y la periferia*». No es necesario que haya un programa global de tratamiento de los trastornos simultáneos en todas las localidades. Un centro integrado con servicios de hospitalización, hospital de día y actividades ambulatorias, así como con componentes de enseñanza y de investigación, puede constituir un «núcleo central» económicamente rentable para mantener una red de equipos periféricos ambulatorios en otras localidades.

CONCLUSIONES

En conclusión, aunque en Norteamérica se han publicado numerosas estrategias para diseñar y aplicar programas terapéuticos dirigidos a pacientes con trastornos simultáneos, todavía queda mucho sitio para la creatividad en cada localidad. Nuestra planificación ha estado guiada por hallazgos imprevistos y por el «arte de lo posible», además de los datos obtenidos en la evaluación de las necesidades. En nuestro análisis de carácter evolutivo se identifica la necesidad de realizar nuevos estudios de investigación: *a)* se espera que la experiencia internacional en epidemiología y asistencia respecto a los trastornos simultáneos pueda enriquecer la

bibliografía producida en Estados Unidos; *b)* hay protocolos genéricos de práctica asistencial centrados en el tratamiento de los pacientes con trastornos mentales graves y persistentes atendidos por los sistemas sanitarios públicos; el paso siguiente es el refinamiento de estos protocolos y su acomodación a las diferencias de sexo y edad, a las variaciones culturales, a los diferentes sistemas asistenciales y a la amplia gama de trastornos psiquiátricos; *c)* son necesarios nuevos ensayos clínicos para una mejor integración de las intervenciones psicológicas y farmacológicas, así como para determinar el impacto inducido por las actitudes de ayuda mutua; es lamentable el hecho de que los trastornos simultáneos constituyan a menudo un criterio de exclusión para la participación de pacientes en los ensayos clínicos farmacológicos; *d)* los profesionales especializados en la asistencia en salud mental primaria o en la asistencia a pacientes con adicción pueden compartir información entre sí, complementando su experiencia y manteniendo una interacción estrecha por encima de la simple percepción de los conocimientos del otro, con actitudes que permitan aplicar recursos más adecuados para solucionar las complejas necesidades de las personas que sufren trastornos simultáneos; *e)* el estudio de los trastornos simultáneos representa una nueva oportunidad para la comprobación de nuestros instrumentos actuales de evaluación y para el conocimiento general de la etiología, la evolución y el tratamiento de la mayor parte de los trastornos psiquiátricos.

Agradecimientos

Se reconocen con agradecimiento las contribuciones aportadas a esta publicación por el personal de plantilla del Addiction Centre y por los Dres. Michael Krausz y Tarek Gawad.

World Psychiatry 2004; 3: 182-187

Bibliografía

1. el-Guebaly N. Substance abuse and mental health disorders: the dual diagnoses concept. *Can J Psychiatry* 1990;35:261-7.
2. Center for Substance Abuse Treatment. Assessment and treatment of patients with coexisting mental illness and alcohol and other drug abuse. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series. Rockville: US Department of Health and Human Services, 1994.
3. Centre for Addiction and Mental Health. Best practices: concurrent mental health and substance disorders. Ottawa: Health Canada, Minister of Public Works and Government Services, 2001.
4. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Report to Congress on the prevention and treatment of co-occurring substance abuse disorders and mental disorders. Rockville: US Department of Health and Human Services, 2002.
5. Regier DA, Farmer ME, Rae DS et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. *JAMA* 1990;264:2511-8.
6. Kessler RC, Nelson CB, McGonagle KA et al. The epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders: implications for prevention and service utilization. *Am J Orthopsychiatry* 1996; 66:17-31.
7. Bland RC, Newman SC, Russell JM et al. Epidemiology of psychiatric disorders in Edmonton: phenomenology and comorbidity. *Acta Psychiatr Scand* 1994;89(Suppl. 376):5-70.
8. Meltzer H, Gill B, Petticrew M et al. The prevalence of psychiatric morbidity among adults living in private households. OPCS surveys of psychiatric morbidity in Great Britain, report 1. London: Her Majesty's Stationary Office, 1995.
9. Andrews G, Henderson S, Hall W. Prevalence, comorbidity, dis-

- ability and service utilization. Overview of the Australian National Mental Health Survey. *Br J Psychiatry* 2001;178:145-53.
10. Soyka M, Albus M, Kathmann N et al. Prevalence of alcohol and drug abuse in schizophrenic inpatients. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1993;242:362-7.
 11. Krausz M, Degkwitz P, Kuhne A et al. Comorbidity of opiate dependence and mental disorders. *Addict Behav* 1998;23:767-83.
 12. Menezes PR, Johnson S, Thornicroft G et al. Drug and alcohol problems among individuals with severe mental illness in South London. *Br J Psychiatry* 1996;68:612-9.
 13. Duke PJ, Pantelis C, McPhillips MA et al. Comorbid non-alcohol substance misuse among people with schizophrenia: epidemiological study in Central London. *Br J Psychiatry* 2001;179:509-13.
 14. Cantwell R. Substance use and schizophrenia: effects on symptoms, social functioning and service use. *Br J Psychiatry* 2003;182:324-9.
 15. Drake RE, Mercer-McFadden C, Mueser KT et al. Review of integrated mental health and substance abuse treatment for patients with dual disorders. *Schizophr Bull* 1998;24:589-608.
 16. RachBeisel J, Scott J, Dixon L. Co-occurring severe mental illness and substance use disorders: a review of recent research. *Psychiatr Serv* 1999;50:1427-34.
 17. Minkoff K. Developing standards of care for individuals with co-occurring psychiatric and substance use disorders. *Psychiatr Serv* 2001;52:597-9.
 18. Managed Care Initiative Panel on Co-occurring Disorders. Co-occurring psychiatric and substance disorders in managed care systems: standards of care, practice guidelines, workforce competencies and training curricula. Rockville: Center for Mental Health Services, 1998.
 19. Mee-Lee D. ASAM patient placement criteria for the treatment of substance related disorders, 2nd ed – revised. Chevy Chase: American Society of Addiction Medicine, 2001.
 20. Ziedonis DM, Trudeau K. Motivation to quit using substances among individuals with schizophrenia: implications for a motivation-based treatment model. *Schizophr Bull* 1997;23:229-38.
 21. Marlatt GA, Gordon J (eds). *Relapse prevention: a self-control strategy for the maintenance of behavior change*. New York: Guilford, 1985.
 22. Addington J, el-Guebaly N, Campbell W et al. Smoking cessation treatment for patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1998;155:974-6.
 23. Galanter M. Network therapy for addiction: a model for office practice. *Am J Psychiatry* 1993;150:28-36.
 24. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. *Twelve Step Facilitation Therapy Manual*. Project MATCH Monograph Series Vol. 1, NIH Publication 94-3722, Rockville, 1994.
 25. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. *Motivational Enhancement Therapy Manual*. Project MATCH Monograph Series Vol. 2, NIH Publication No. 94-3723, Rockville, 1994.
 26. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. *Cognitive-Behavioral Coping Skills Therapy Manual*. Project MATCH Monograph Series Vol. 3, NIH Publications 94-3724, Rockville, 1994.
 27. Addington J, el-Guebaly N. Group treatment for substance abuse in schizophrenia. *Can J Psychiatry* 1998;43:843-5.
 28. el-Guebaly N, Hodgins DC. Schizophrenia and substance abuse: prevalence issues. *Can J Psychiatry* 1992;37:704-10.
 29. Hodgins DC, Pennington M, el-Guebaly N et al. Correlates of dissociative symptoms in substance abusers. *J Nerv Ment Dis* 1996;184:636-9.
 30. Hodgins D, el-Guebaly N. More data on the addiction severity index. Reliability and validity with the mentally ill substance abuser. *J Nerv Ment Dis* 1992;180:197-201.
 31. Fischer B, Haydon E, Kim G et al. Screening for antisocial personality disorders in drug users – a qualitative exploratory study on feasibility. *Int J Meth Psychiatr Res* (in press).
 32. Hodgins DC, el-Guebaly N. Prospective and retrospective reports of mood states prior to relapse to substance abuse. *J Consult Clin Psychol* 1995;63:400-7.
 33. Addington J, el-Guebaly N. Intravenous tripelethamine abuse in schizophrenia. *Can J Psychiatry* 1996;43:63.
 34. el-Guebaly N, Hodgins D. Substance-related cravings and relapses: clinical implications. *Can J Psychiatry* 1998;43:29-36.
 35. Hodgins DC, el-Guebaly N, Armstrong S et al. Implications of depression on outcome from alcohol dependence: a three-year prospective follow-up. *Alcoholism: Clin Exper Res* 1999;23:151-7.
 36. National Institute on Drug Abuse. *Preventing drug use among children and adolescents. A research based guide*. NIH Publication 99-4212, Rockville, 1997.
 37. O'Farrell TJ, Cutter HSG, Chouquette KS et al. Behavioral marital therapy for male alcoholics: marital and drinking adjustment during the two years after treatment. *Behav Ther* 1992;23:529-49.
 38. el-Guebaly N, Hodgins DC, Armstrong S et al. Methodological and clinical challenges in substance related disorders and comorbidity outcome. *Can J Psychiatry* 1999;44:33-9.

