

# World Psychiatry

Edición en Español

REVISTA OFICIAL DE LA ASOCIACIÓN MUNDIAL DE PSIQUIATRÍA (WPA)

Volumen 3, Número 3



Diciembre 2005

## EDITORIAL

Un nuevo comienzo 129  
J.E. MEZZICH

## ARTÍCULOS ESPECIALES

El arte de la psiquiatría 130  
S. BLOCH

¿De qué manera pueden contribuir 135  
las intervenciones sobre salud mental  
a la lucha global frente al VIH/SIDA?  
F. COURNOS, K. MCKINNON, M. WAINBERG

La terapia de familia del Maudsley en el 142  
tratamiento de la anorexia nerviosa del  
adolescente

D. LE GRANGE

## FORUM – SALUD MENTAL EN NIÑOS Y ADOLESCENTES A NIVEL MUNDIAL

Psiquiatría infantil y del adolescente 147  
en el contexto mundial: una revisión  
H. REMSCHMIDT, M. BELFER

### Comentarios

Reflexiones sobre el desarrollo de la psiquiatría 154  
infantil y del adolescente  
S. TYANO, M. KEREN

Mejora de la salud mental de los niños 155  
y los adolescentes: la función de la prevención  
S.V. FARAONE

Desarrollo de la psiquiatría infantil moderna 156  
E. FOMBONNE

Futuro de la salud mental del niño 157  
y del adolescente  
B. NURCOMBE

Derecho de los niños a la salud mental. 157  
Los adultos han fallado a los jóvenes en todo  
el mundo: el caso de América Latina  
C.E. BERGANZA

Asistencia psiquiátrica infantil 158  
y del adolescente: una perspectiva regional  
K.M. HONG

Asistencia en salud mental infantil: 159  
las necesidades de los países africanos  
M.O. OLATAWURA

Intervención en los cuadros de abuso y abandono 160  
infantiles: una subespecialidad emergente en  
la psiquiatría infantil y del adolescente  
M.A. ESSALI

## ARTÍCULOS DE INVESTIGACIÓN

European Prediction of Psychosis 161  
Study (EPOS): integración del diagnóstico  
y la intervención precoces en Europa  
J. KLOSTERKÖTTER, S. RUHRMANN,  
F. SCHULTZE-LUTTER, R.K.R. SALOKANGAS,  
D. LINSZEN Y COLS.

Proyecto EUNOMIA sobre la coacción en 167  
psiquiatría: diseño del estudio y datos  
preliminares

T.W. KALLERT, M. GLÖCKNER, G. ONCHEV,  
J. RABOCH, A. KARASTERGIOU Y COLS.

Relación entre el consumo de cocaína y los 172  
problemas de salud mental en un grupo de  
consumidores europeos de cocaína en polvo  
o de crack

C. HAASEN, M. PRINZLEVE, M. GOSSOP,  
G. FISCHER, M. CASAS Y COCAINEEU-TEAM

## POLÍTICAS DE SALUD MENTAL

Un modelo de formación en salud mental 176  
basado en competencias y dirigido hacia  
los profesionales sanitarios de los países con  
ingresos económicos bajos e intermedios  
S. KUTCHER, S. CHEHIL, C. CASH, J. MILLAR

Investigación sobre los factores socioeconómicos 180  
relacionados con la esquizofrenia y la depresión  
mayor: su trascendencia para la salud mental  
pública  
B. SARACENO, I. LEVAV, R. KOHN

## INFORMES DE LAS SECCIONES DE LA WPA

Trastornos del sueño en la práctica psiquiátrica 185  
W. SZELENBERGER, C. SOLDATOS

## CARTA AL DIRECTOR

La enfermedad de Tomas: ¿epidemia o endemia 190  
mundial?  
R. GONZÁLEZ-MENÉNDEZ

## NOTICIAS DE LA WPA

Centro de Coordinación Formativa de la WPA 191  
R. MONTENEGRO

Premio Ginebra para los Derechos Humanos 191  
en Psiquiatría de 2005  
N. SARTORIUS

Nuevos directivos de la WPA 192

# World Psychiatry

Edición en Español

REVISTA OFICIAL DE LA ASOCIACIÓN MUNDIAL DE PSIQUIATRÍA (WPA)

Volumen 3, Número 3



Diciembre 2005

Traducción íntegra de la Edición Original

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

## EDICIÓN ORIGINAL

Editor: M. Maj (Italy)

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

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

## EDICIÓN EN ESPAÑOL

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

**Periodicidad:** 3 números al año

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

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

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



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

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

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

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

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

© Copyright World Psychiatric Association

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

Publicación que cumple los requisitos de soporte válido

ISSN: 1697-0683

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

Depósito Legal: B-34.071-2003

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

Reservados todos los derechos.

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

Traducido por Grupo Ars XXI de Comunicación, S.L., del original en lengua inglesa (Volumen 4, Número 3, 2005). La responsabilidad de la traducción recae sólo en Grupo Ars XXI de Comunicación, S.L., y no es responsabilidad de la World Psychiatric Association (WPA).

Translated by Grupo Ars XXI de Comunicación, S.L., from the original English language version (Volume 4, Number 3, 2005). Responsibility for the accuracy of the Spanish language rests solely with Grupo Ars XXI de Comunicación, S.L., and is not the responsibility of the World Psychiatric Association (WPA).

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

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

# Un nuevo comienzo

JUAN E. MEZZICH

*President, World Psychiatric Association*

En el momento en el que inicia su mandato una nueva junta directiva de la WPA, es hora de valorar tanto nuestras raíces como el camino recorrido, para considerar el punto en el que nos encontramos y reafirmar nuestros objetivos.

Tenemos que celebrar la visión de futuro que tuvieron los fundadores de la WPA hace 55 años en París respecto al establecimiento de una identidad profesional que superara las barreras tanto geográficas como teóricas y respecto a la necesidad de la constitución de un organismo de carácter internacional que permitiera el avance científico, humanista y ético de la psiquiatría y de la salud mental en todo el mundo.

Entre nuestros hitos institucionales queremos reconocer el valor que ha tenido desde el comienzo de nuestra historia la organización de los congresos mundiales, inicialmente cada 6 años y recientemente cada 3 años. La creación de las secciones científicas en 1961 nos permitió establecer una continuidad institucional entre los congresos. Nuestro código ético fue formalizado inicialmente en Hawái, en 1977, y posteriormente ha sido enriquecido a través de varias asambleas generales. Los programas educativos se iniciaron como una actividad importante de la WPA a partir de 1990. En 1993 tuvo lugar un primer intento de planificación estratégica institucional, la cual ha sido sistematizada en los últimos años. En 1996 se estableció una secretaría moderna orientada a los servicios, y se implantaron múltiples líneas de trabajo institucional (secciones, publicaciones, reuniones, educación).

Actualmente, la WPA está constituida por 130 sociedades miembro nacionales, cuyo número sigue creciendo, y por 64 secciones científicas cuyo número también se está incrementando. La WPA también posee una revista oficial respetada, adecuadamente indizada y ampliamente distribuida, un sitio Web en expansión y un panel creciente de créditos de educación médica continuada; además, realiza congresos internacionales durante los años en los que no tiene lugar el congreso mundial, y posee un presupuesto institucional con un fondo de reserva económica. Para ilustrar el momento en el que se encuentra la WPA, las principales sociedades miembro han expresado su deseo de participar en las estructuras principales de la WPA y de ampliarlas internacionalmente, al tiempo que las sociedades miembro de tamaño menor tienen un protagonismo cada vez mayor en nuestra vida institucional. Acabamos de celebrar el XIII Congreso Mundial de Psiquiatría, que ha sido el primero realizado en África y que ha incluido el programa científico más rico en toda la historia de la WPA. Además, éste fue el congreso que ha tenido la mayor participación de psiquiatras jóvenes, junto con la participación sin precedentes de 110 sociedades miembro representadas en la Asamblea general.

Ahora, ¿cuál es nuestro futuro? El plan estratégico 2005-2008 de la WPA (WPA Strategic Plan 2005-2008) recoge 14 objetivos

generales; este plan se ha preparado en función de los resultados obtenidos en una encuesta general de la WPA (WPA General Survey), de la evaluación del plan estratégico anterior y de un análisis SWOT (puntos fuertes, puntos débiles, oportunidades y amenazas; *strengths, weaknesses, opportunities, and threats*), y ha sido aprobado recientemente por la Asamblea general. El objetivo principal del plan estratégico es el cumplimiento de los objetivos institucionales de la WPA (incluyendo aquellos que han recibido menos atención en épocas anteriores): el reforzamiento de nuestras sociedades miembro (especialmente las correspondientes a los países en vías de desarrollo); la promoción de los instrumentos normativos en la propia dinámica interna de la WPA; el énfasis en la dirección participativa y descentralizada de la asociación; la promoción de los aspectos éticos en todos los niveles de la asistencia en salud mental; el reforzamiento de las relaciones entre la WPA y las organizaciones de pacientes/usuarios; el abordaje crítico de la configuración actual de la psiquiatría mundial, la implementación plena del Secretariado permanente de la WPA, la continuidad de la promoción del desarrollo profesional de los psiquiatras jóvenes que representan el futuro de nuestra especialidad (a través de congresos complementarios y de un consejo de psiquiatras jóvenes —Young Psychiatrists Council); la potenciación de las actividades integradas de las secciones de la WPA así como de la comunicación con las sociedades miembro; la mejora de la distribución geográfica, la organización profesional y la calidad académica de las reuniones científicas; la potenciación de la capacidad editorial y de publicación de la WPA; el establecimiento de proyectos conjuntos con otras organizaciones internacionales (como la Organización Mundial de la Salud) respecto a objetivos genéricos, como la asistencia clínica individualizada y contextualizada, prestando especial atención a las regiones más desfavorecidas de todo el mundo, y la mejora y consolidación de la situación financiera de la WPA a través de un programa de entidades colaboradoras (Corporate Supporters program) y mediante una planificación económica a largo plazo.

El nuevo plan estratégico también incluye 30 objetivos específicos correspondientes a los distintos sectores de actividad de la WPA. Para su implementación, los miembros de nuestro nuevo Comité ejecutivo y de 18 zonas representativas están elaborando en este momento sus planes de trabajo trienales.

Para subrayar los objetivos principales de nuestro plan estratégico, he propuesto personalmente el lema «Consolidación institucional e impacto global: hacia una psiquiatría individualizada» como la línea de trabajo para el período 2005-2008. Tendremos éxito si somos capaces de trabajar juntos. En palabras del poeta peruano César Vallejo, «hermanos, queda mucho por hacer».

*World Psychiatry 2005; 3: 129*

# El arte de la psiquiatría

SIDNEY BLOCH

Department of Psychiatry, St. Vincent's Hospital, University of Melbourne, Australia

*Indudablemente, los psiquiatras apoyan la promoción de aspectos como la empatía, la sensibilidad y la compasión, en la búsqueda de una práctica clínica adecuada. Sin embargo, el cultivo de lo que podría denominarse el «arte de la psiquiatría» no es sencillo, debido a que las características que lo constituyen son escurridizas. La propuesta personal del autor de este artículo es la de alcanzar el objetivo de establecer un abordaje asistencial empático y compasivo con los pacientes y sus familias mediante el otorgamiento de una importancia similar a los aspectos humanos y científicos, considerándolos complementarios. Los aspectos humanos, referidos especialmente a la literatura, las artes visuales, el cine y la música, tienen más posibilidades de favorecer un abordaje asistencial de carácter empático cuando aparecen incluidos en el propio contexto clínico. En este artículo se ofrecen ejemplos que demuestran la forma en que se puede alcanzar este objetivo. Si conseguimos el éxito en la aplicación del arte de la psiquiatría en nuestros programas educativos y como parte de un desarrollo profesional continuado, los beneficiarios de ello serán los pacientes y sus familias. No basta con hacer votos respecto a la idoneidad del abordaje asistencial empático y comprometido. Más que ello, debemos iniciar un viaje a través del mundo maravilloso de la literatura, las artes visuales, el cine y la música, que tiene que durar toda nuestra vida profesional. La experiencia no sólo será atractiva y apasionante, sino que también enriquecerá en gran medida nuestras vidas personales y profesionales.*

**Palabras clave:** ciencia de la psiquiatría, arte de la psiquiatría, empatía, salud mental basada en la evidencia

Es indudable que todos los psiquiatras apoyarían la iniciativa de promover aspectos como la empatía, la sensibilidad y la compasión en la búsqueda de una buena práctica clínica. No obstante, un problema importante para llevar a cabo esta tarea es la dificultad para definir estos términos. Por ejemplo, ¿el problema que se plantea es el de que el psiquiatra «posea o no posea estas cualidades»? ¿se pueden aprender estas cualidades? En caso afirmativo, ¿cómo? Me gustaría abordar estas cuestiones utilizando como punto de referencia lo que podría denominarse el «arte de la psiquiatría», definiendo el papel que desempeñan los aspectos humanos en su desarrollo.

Paradójicamente, el arte de la psiquiatría justifica más que nunca nuestra atención si tenemos en cuenta los rápidos avances que se han efectuado en los fundamentos científicos de nuestra profesión. Actualmente podemos escudriñar en el cerebro y examinar su función mediante sofisticados dispositivos técnicos y de imagen. Estamos en condiciones de obtener una gran cantidad de información respecto a la contribución de los factores genéticos a la enfermedad mental. Poseemos una amplia gama de medicamentos psicotrópicos y de distintas formas de psicoterapia que han demostrado ser eficaces en una proporción cada vez mayor de pacientes. Sin embargo, sobre todo este cuadro «de color rosa» planea una advertencia importante. Anna Freud señaló en una ocasión que «muchos médicos [...] no curan realmente. Quieren saber, quieren comprender, disfrutan cuando entienden las cosas. [...]» (1). Por supuesto, no hay nada inherentemente malo en comprender las cosas, pero en psiquiatría (que es posiblemente la especialidad médica más orientada hacia la persona) la exactitud puede tener lugar a expensas de dos de las características que Anna Freud subraya como los ingredientes clave de la curación: la empatía y la compasión.

## SALUD MENTAL BASADA EN LA EVIDENCIA: UN ARMA DE DOBLE FILO

Como parte del proceso de comprensión de los hechos, muchos médicos sienten una gran atracción por uno de los desarrollos más destacados del panorama profesional actual: la medicina basada en la evidencia. A pesar de que la medicina basada en la evidencia representa un avance importante, es necesario tener en cuenta sus limitaciones e incluso sus posibles efectos perjudiciales. Ciertamente, sólo deberíamos aplicar los tratamientos fundamentados en grados adecuados de evidencia, obtenidos tanto a través de ensayos clínicos efectuados con asignación aleatoria y

control como a través de una observación clínica consecuyente. Los tratamientos de carácter innovador también tendrían su lugar, pero sólo después de su evaluación sistemática.

En todo ello hay una ironía intrínseca. Cualquier clínico bien documentado sólo aplicaría procedimientos terapéuticos y tratamientos que estén bien respaldados por datos objetivos, cuanto más sólidos mejor. Sin embargo, un elemento perturbador respecto al auténtico frenesí que representa la medicina basada en la evidencia es el hecho obvio de que, tal como ha señalado oportunamente Michael O'Donnell, «la medicina basada en la evidencia se refiere a grupos de población; los clínicos atienden a pacientes individuales» (2). Los psiquiatras también deberían ser más conscientes que los profesionales de cualquier otra especialidad médica de que cada individuo es único en términos de la interacción de sus circunstancias biológicas, psicológicas y sociales, además de su vida espiritual, como señalan algunos autores.

Martin Van der Weyden, editor del *Medical Journal of Australia* y un entusiasta de la medicina basada en la evidencia, también tiene presente los problemas que ésta conlleva cuando se lamenta: «Casi han desaparecido los relatos referidos al arte clínico de la medicina, es decir, el conocimiento y la definición de los problemas médicos a través de la experiencia acumulada con los pacientes, una tradición clínica que nos lleva retrospectivamente hasta Osler y... hasta Hipócrates» (3). Van der Weyden bien podría haber citado a Maimónides, el gran médico judío de la Edad Media que, en su defensa de un abordaje clínico de carácter holístico proclamó: «Cualquier individuo enfermo tiene sus propios problemas. Nunca podemos decir que una enfermedad es igual a otra. [...] El médico no debe tratar la enfermedad sino al paciente que la sufre» (4).

## EL ARTE DE LA PSIQUIATRÍA

Espero que esta breve crítica encuentre el apoyo del lector, debido a que mi objetivo es el de promocionar el arte de la psiquiatría por encima de todo punto. A continuación se analizará esta dimensión de la práctica clínica. Mi propuesta es la de que los medios a través de los cuales podemos alcanzar el objetivo de tener una actitud empática y compasiva con nuestros pacientes y sus familias pasan por la consideración de los aspectos humanos y científicos *a)* como de igual importancia y *b)* como complementarios. Esta propuesta cuenta con el apoyo de ilustres colegas.

Por ejemplo, el eminente especialista en ética norteamericano Edmund Pellegrino ha declarado que «[...] la medicina disfruta de

una posición privilegiada entre todas las disciplinas [...] como una ciencia humana cuyas técnicas deben ser aplicadas sobre las personas [...]». Pellegrino asemeja la medicina al arte, debido a que proporciona «un tipo de experiencia humana que la convierte en un medio especial para comprender el mundo. [...] Aporta una sabiduría estética de su propio y especial objetivo, el ser humano.» (5).

Sir Kenneth Calman, una figura destacada de la medicina británica, subraya las características de un médico bien formado: «un profesional que no solamente posee la capacidad, la formación y la experiencia clínica necesarias, sino que también puede darse cuenta de que cada paciente es un ser humano que tiene sus propios sentimientos y pensamientos, además de que puede entender y explicar la enfermedad y el sufrimiento» (6). La propuesta de Calman es que las humanidades no sólo desempeñan una función central en la formación de los médicos respecto a estas características, sino que «también son fundamentales para el desarrollo profesional continuado».

Aun siendo loables, ambos objetivos pueden difuminarse uno en otro si unimos la psiquiatría y las humanidades de una forma demasiado difusa. Personalmente, considero la empatía como la característica básica compartida, debido a que está indudablemente en el corazón del encuentro clínico y debido también a que complementa la actitud científica consistente en desarrollar y aplicar los conocimientos de una forma objetiva y creativa.

Sorprendentemente, el vocablo empatía es nuevo en el idioma inglés. Derivado del término griego *em* («en») y *pathos* («sentimiento»), el término implica un proceso emocional a través del cual nos introducimos en el mundo interno de otra persona y, por tanto, experimentamos de manera indirecta dicho mundo. Esta actitud no se expresa porque sí, sino como una forma de entender con precisión lo que está experimentando la otra persona. Denominando al proceso mediante su término alemán más preciso (*Einführung*, literalmente «sentir en»), Sigmund Freud señala que desempeña el papel principal en el conocimiento de aquello que es inherentemente extraño a nuestro yo, en otra persona (7).

Por lo tanto, a medida que escuchamos la historia que nos cuentan el paciente y su familia (p. ej., el dolor de una viuda por el suicidio de su marido, la lucha de un adolescente contra su adicción a la heroína, el sufrimiento de un superviviente del holocausto que expresa su sentimiento de culpa por estar vivo tras el fallecimiento de toda su familia, el tormento de un paciente con esquizofrenia que lucha por apartar a los demonios que lo persiguen, las dificultades que atraviesa una pareja para superar el diagnóstico de anorexia nerviosa establecido en su hija [la lista es interminable]), utilizamos la empatía para intentar comprender lo que están sintiendo estas personas por debajo de lo que nos cuentan. Personalmente, sugeriría que la empatía es una condición imprescindible para cualquier persona que pretenda curar. El historiador francés Marcel Bloch se refiere a su profesión de una forma que es especialmente adecuada para un psiquiatra que, en un sentido básico, también desempeña el papel de historiador. Después de todo, utilizamos expresiones como: realizar la historia clínica, determinar la historia familiar, establecer la historia del desarrollo, etc. Bloch señala: «Cuando ya se ha dicho y hecho de todo, una sola palabra «conocimiento» es la luz que guía nuestros estudios» (8). En psiquiatría, esta luz es la empatía.

## PROMOCIÓN DE LA EMPATÍA A TRAVÉS DE LAS HUMANIDADES

Ahora consideraré la forma de promocionar la empatía a través de las humanidades en todos los ámbitos de formación, desde el estudiante hasta el licenciado y a lo largo del desarrollo profesional continuado (al igual que Calman, considero que éste es un proyecto para toda la vida). Hay varios métodos para compren-

der al otro. Por ejemplo, la adopción de diferentes papeles o roles (*role-playing*) es muy eficaz. No voy a olvidar fácilmente la descripción que hizo una estudiante (que no tenía ningún tipo de preparación) de una paciente que le había contado el día anterior su historia de una depresión posparto grave en el contexto de la obtención de la historia clínica. Habría jurado que la paciente era realmente la estudiante. En efecto, mi impresión es que los estudiantes de medicina y los residentes de psiquiatría son muy explícitos cuando utilizan estos abordajes de tipo dramático, lo que hace que me pregunte si no les estamos hurtando la oportunidad de mantener una actitud imaginativa y creativa durante su largo período de formación.

Otra estrategia es la entrevista personal con el paciente en la que se lo anima no sólo a expresar su historia sino también los sentimientos que la acompañan. De nuevo, en esta situación los estudiantes pueden alcanzar un grado importante de competencia mediante la escucha con un «tercer oído» de la narración que hace el paciente. Por ello, cuando definiendo el papel de las humanidades en la promoción de una actitud empática y compasiva, me refiero a la aportación complementaria de estas cualidades a los métodos de aprendizaje tradicionales.

Respecto a quién debería promocionar los aspectos humanitarios, mi opinión es que el psiquiatra clínico sensible y comprometido con el arte de la psiquiatría está en una posición muy adecuada, debido a que es íntimamente consciente de los aspectos de empatía y de juego de conocimiento que conlleva su trabajo. Debido a esa ventaja, el psiquiatra clínico puede extraer el material pertinente a través de la riqueza prácticamente inagotable de las distintas artes. Además, puede hacerlo junto con sus colegas de las facultades universitarias de artes, y junto a artistas creativos, escritores, dramaturgos, poetas, cineastas, pintores y músicos.

Idealmente, las humanidades deberían quedar trenzadas en el contexto clínico. El hecho de que el psiquiatra o el residente de psiquiatría se alejen del contexto clínico para participar en un curso de características distintas podría ser apropiado para aquellos que desean refinar sus aptitudes literarias o estimular su talento de escritores, aunque no para los objetivos que se proponen en este artículo. Estos profesionales deben ser confrontados obligatoriamente con la pertinencia de la experiencia, con una mención explícita de los aspectos clínicos iluminados por un relato breve, un cuadro, una película, etc.

Consideraremos a continuación el papel que puede desempeñar el cine en la exploración de las vidas psicológicas de las personas. Por ejemplo, *Shine* (dirigida por Scott Hicks) retrata de una manera impresionante la angustia de una familia (incluyendo al protagonista principal, David, interpretado por el ganador de un Oscar Geoffrey Rush, que en la acción sufre un cuadro de psicosis) en la que todos los miembros luchan contra la inseguridad que genera un padre y marido patético y tirano. La dificultad que implica comprender todas las *dramatis personae* (y sus interacciones) sin realizar juicios de valor se puede facilitar en gran medida mediante la visualización de esta película emocionalmente intensa. También descubrimos la facilidad con la que el profesional supuestamente imparcial se puede poner del lado de algunos de los miembros de la familia a costa de situarse enfrente de los demás. La película *Spider* (dirigida por David Cronenberg) es un retrato extraordinario de un paciente (interpretado por Ralph Fiennes) que sufre una enfermedad crónica y que es «liberado» desde el hospital hacia la denominada comunidad con el único resultado de experimentar su suplicio de una nueva manera, en soledad absoluta.

Las artes visuales son especialmente propicias para el estudio de los estados mentales, tanto a través del artista como de su creación. El pintor noruego más célebre, Edvard Munch, representa un buen ejemplo de la interacción entre la vida interna del artista y lo que se refleja en sus lienzos. Al contemplar una serie de sus

cuadros, pronto notamos un aspecto conmovedor que impregna su trabajo: los sentimientos de melancolía, pérdida y soledad.

También podemos aprovechar la oportunidad de estudiar las pinturas y dibujos que realizan los pacientes a lo largo de su enfermedad y de su rehabilitación, con objeto de comprobar hasta qué punto estas obras arrojan luz sobre su mundo interno. La contemplación de lo que «está bajo la superficie» es un método incomparable para conocer una amplia gama de reacciones psicológicas y llegar hasta su parte central.

No es sorprendente que la mayor parte de los clínicos que utilizan las humanidades en su trabajo asistencial o docente con el objetivo de optimizar el arte de la psiquiatría elijan la literatura como su fuente principal. Después de todo, los psiquiatras utilizamos principalmente las palabras para relacionarnos con nuestros pacientes y confiamos en su testimonio verbal al obtener la historia clínica. Consideremos una de estas historias clínicas:

Uno de tres hijos, John, se convirtió en un joven inteligente y sociable. Atraído por el mundo jurídico, hizo la carrera de derecho y consiguió un trabajo satisfactorio. Cumplió sus obligaciones con una precisión y honestidad de las que se podía sentir orgulloso. Fuera de su profesión era una persona amigable y bondadosa, aunque con algunos toques de vanidad. Tras haber servido a su empresa de manera impecable durante cinco años, se le ofreció un mejor puesto de trabajo. Sus nuevas tareas profesionales eran más interesantes y reveladoras.

Se trasladó a una ciudad nueva y agradable en la que conoció a su futura esposa, una chica atractiva perteneciente al mundo en el que él se movía. Se casaron al poco tiempo. Lamentablemente, durante los primeros meses del embarazo de su esposa la relación entre ambos se hizo difícil debido a que ella encontraba defectos en todo. Tras el parto aparecieron nuevos problemas en forma de enfermedades tanto en la madre como en el niño, algunas reales y otras aparentemente imaginadas. A medida que la esposa empezó a adoptar una actitud cada vez más displicente, John se volcó progresivamente hacia su trabajo, volviéndose más ambicioso que antes. El resultado fue una nueva promoción laboral. Mientras tanto, el matrimonio tuvo más hijos pero la esposa presentaba un temperamento cada vez peor. La mayor parte de las conversaciones terminaban en peleas.

Pasamos ahora a la época en la que el matrimonio cumplió 17 años, en un momento en el que John alcanzó un éxito inesperado. Fue promovido a un puesto de alto rango que le atrajo una estima considerable. Estaba completamente satisfecho. El matrimonio también había mejorado en aquella época y la familia vivía en una ciudad grande y agradable. Sin embargo, esta época feliz se interrumpió cuando John resbaló en una escalera. Presentó sólo un traumatismo leve y el dolor desapareció al poco tiempo. Volvió a sentirse brillante y satisfecho. Además, se felicitaba por la fortuna que había tenido con su preparación física. Otro hombre que se hubiera caído como él se podría haber matado. Así, dejando al margen cualquier preocupación por esta lesión, se sentía de buen humor.

Sin embargo, las molestias en el lado izquierdo persistieron e incluso empeoraron. A esto se añadió la aparición de ideas extrañas y de una irritabilidad creciente. Se intensificaron las discusiones entre marido y mujer. En ocasiones, John alcanzaba tal estado de furia que su esposa comenzó a compadecerse de sí misma y a sentir exasperación por su marido. En una ocasión, ella insistió en que acudieran a un médico. El médico indicó la necesidad de realizar varias pruebas. A John no le importaba mucho la jerga que utilizaba el médico, pero le preocupaba en gran medida su indiferencia por lo que él consideraba la cuestión clave: ¿el caso era grave o no lo era? De vuelta a casa, John intentó traducir las frases oscuras del médico en un lenguaje sencillo y consideró que la clave estaba en la respuesta a las preguntas siguientes: «¿mi enfermedad es grave?, ¿es muy grave?, ¿o es que no hay mucho de qué preocuparse?» A John le parecía que el médico había dicho que «era muy grave».

Siguió las indicaciones del médico. Obedeció sus órdenes de manera diligente y se sintió bien al hacerlo. Sin embargo, el dolor no disminuyó. John hizo todo lo posible para forzarse a pensar que estaba mejor. Podía mantener esta actitud mientras no hubiera nada que le causara agitación. Sin embargo, con motivo de alguna discusión con su esposa, algún problema en el trabajo o cualquier otro contratiempo, mostraba una gran sensibilidad frente a su enfermedad médica. Tras consultar a otro médico, John consideró que se estaba deteriorando y, además, a una gran velocidad.

Después, consultó a un médico célebre que ofreció la misma información que el primer médico, lo cual hizo aumentar los temores de John. Un amigo de un amigo estableció un diagnóstico diferente de la enfermedad; aparecieron más dudas. Un homeópata contempló la enfermedad de otra manera y prescribió una medicina que John tomó en secreto. Dado que no se sentía bien y que había perdido su fe en todo tipo de tratamientos, John se sintió cada vez más desalentado. A medida que transcurría el tiempo, le parecía estar al borde de un abismo y que no había nadie que lo pudiera comprender.

Una noche, mientras intentaba dormirse, toda su experiencia se le presentó con un enfoque diferente. Ya no era una cuestión de que este u otro órgano estuvieran enfermos sino que era una cuestión de vida o muerte. La vida estaba allí, se estaba acabando y él no podía hacer nada para evitarlo. Comprendió que no había nadie, excepto él mismo, que se diera cuenta de que se estaba muriendo; sólo era una cuestión de semanas, quizá incluso de días. Anteriormente había luz, ahora todo era oscuridad. Estaba resentido contra todos los que lo rodeaban; su muerte les daba igual, pero ellos también morirían. Quizá él se iría primero, pero los demás lo seguirían y tendrían el mismo final.

Después, John pensó que, efectivamente, se estaba muriendo y comenzó a sentirse continuamente desesperado. Dormía muy mal. Recibía tratamiento continuo con morfina. Todos los alimentos le sabían mal. Entró en una profunda depresión. Lo que más lo atormentaba era el hecho de que se sentía engañado, porque pensaba que simplemente tenía una enfermedad que sólo requería el tratamiento adecuado, con lo cual volvería a sentirse bien. Este engaño lo torturaba. Otra cosa que lo hería profundamente era que nadie sentía compasión por él, y él quería ser compadecido. De la mayor parte de las personas esperaba que alguna lo confortara, tal como se hace con un niño enfermo.

La consulta a un nuevo especialista renombrado introdujo sentimientos renovados de temor y esperanza. Este médico no pudo confirmar nada, pero señaló la posibilidad de recuperación. Sin embargo, este rayo de esperanza duró poco tiempo. La misma habitación, los cuadros, las cortinas, el papel de la pared y los envases de las medicinas estaban todos allí, junto a su cuerpo sufriente. Ahora sentía desesperanza y soledad y sólo podía pensar en la crueldad de Dios, incluso en su ausencia.

Al poco tiempo, la morfina dejó de producir su efecto analgésico y el dolor se hizo insoportable. Tras tres días atroces, su hijo (un niño pequeño) entró en la habitación y encontró a su padre gritando lastimeramente. John miró a su hijo y sintió pena por él. Pensó que sería mejor para su familia que él muriera. Súbitamente, se dio cuenta de qué era lo que lo había estado oprimiendo: sentía pena por su familia y no quería seguir haciéndole daño, de manera que debía liberar a ellos y a sí mismo de este sufrimiento.

Recordaba su acostumbrado temor a la muerte, pero ahora no lo sentía. En vez de la muerte veía una luz. Todo ello le ocurrió en un solo instante. Para los presentes, su agonía todavía continuó durante varias horas. Algo le raspaba la garganta, su cuerpo demacrado presentaba sacudidas y cada vez suspiraba con menos frecuencia. «¡Se acabó!», susurró alguien. John escuchó estas palabras y las repitió en su alma. «La muerte es el final», se dijo a sí mismo. Eliminó algo de saliva, se interrumpió en medio de una respiración, estiró los brazos y falleció.

Los lectores que conozcan la historia breve de Tolstoy (9) *The death of Ivan Ilych* ya se habrán dado cuenta de que John procede de la imaginación de este gran novelista. *The death of Ivan Ilych* es un reconocido ejemplo de la experiencia del enfrentamiento con la muerte, repleto de percepciones psicológicas y filosóficas cuyo significado no ha sido generalmente abordado. Ningún lector puede dejar de quedar conmocionado por la actitud inicial de Ilych de alejamiento ansioso de la amenaza de muerte, por su desesperación posterior y por su aceptación final. Esta historia abre el camino para considerar la forma con la que nos debemos enfrentar a las personas que sufren una enfermedad grave. También muestra de manera gráfica las dificultades de una familia gravemente disfuncional para enfrentar la pérdida. Este último aspecto ha demostrado ser indispensable en nuestros esfuerzos para establecer una actitud de empatía con el sentimiento anticipado de duelo de la familia y para diseñar alguna forma de terapia familiar que ayude a los familiares en su sufrimiento (10).

Teniendo presente a Tolstói, podemos volver a nuestra cuestión principal de promoción del papel que desempeñan las humanidades en psiquiatría a través de la literatura. En la producción literaria existe un infinito cuerpo de escritos. Ellos pueden agruparse en dos categorías fundamentales. La primera de ellas es la constituida por las novelas, los relatos breves, las obras dramáticas y los poemas de los escritores y poetas de gran talento. Shakespeare es posiblemente el «psicólogo» más perspicaz de todos los tiempos. Hamlet, el rey Lear, Macbeth y Lady Macbeth, Shylock y docenas de otros personajes revelan las distintas caras de la motivación y los conflictos humanos. En épocas más recientes, la familia Loman de la obra *Death of a salesman* de Arthur Miller y la familia Tyrone de la obra *Long day's journey into night* de Eugene O'Neil son piezas maestras para mostrar la complejidad y la tragedia que viven las familias gravemente disfuncionales.

La segunda categoría de la literatura, que podríamos denominar adecuadamente «testimonial» en el sentido de que los autores comparten sus experiencias personales con la enfermedad, ha mostrado en los últimos años una expansión enorme. Las personas que sufren una enfermedad y que son capaces de comunicar la naturaleza de su experiencia generalmente lo hacen con una tremenda honestidad. Por ejemplo, *Darkness visible* es una obra valiente escrita por el novelista William Styron (11) acerca de su sufrimiento con la depresión y el suicidio. *An unquiet mind* es una obra de Kay Redfield Jamison que incluye un conjunto de revelaciones de carácter vívido acerca de las vicisitudes de su lucha contra la enfermedad maniaco-depresiva (12). La historiadora de Melbourne Inga Clendinnen (13), en su aclamada autobiografía *Tiger's eye*, introduce en la narrativa un relato emocionalmente evocador de su lucha por sobrevivir a una enfermedad mortal y al trasplante hepático.

La literatura de carácter testimonial también incluye las observaciones, las percepciones y los encuentros personales de los familiares de los pacientes que sufren una enfermedad mental. La obra *Tell me I'm here*, de la periodista australiana Anne Deveson (14), es un relato de la vida de familia en la que uno de sus componentes sufre los estragos de la esquizofrenia, y representa un relato insuperable de los efectos trágicos que tiene sobre sus seres queridos la enfermedad incurable de uno de los hijos. *Romulus, my father* es una inspirada autobiografía escrita por el filósofo Raimond Gaita (15), de un carácter igualmente conmovedor.

La poesía es otra forma de apreciar la experiencia de la enfermedad mental. Sandy Jeffs, una poetisa ganadora de varios premios y que luchó a brazo partido contra la esquizofrenia durante más de 25 años, posee el talento suficiente para compartir la sensación de estar atrapada en el torbellino de una psicosis. Uno de sus poemas se titula adecuadamente *Psychotic episode* (Episodio psicótico) (v. tabla 1) (16).

## EL ABORDAJE PSICOBIOGRÁFICO

Se puede ofrecer un contraargumento al hecho de recurrir a los grandes escritores o a la literatura de carácter testimonial. La mayor parte de los psiquiatras estamos intrigados por las propias historias de los pacientes. Lo único que tenemos que hacer es dedicar tiempo a escucharlos. La tradición de ahondar en los aspectos psicobiográficos es muy rica y llega retrospectivamente hasta una figura prominente de la psiquiatría norteamericana, Adolf Meyer. Tal como señala Meyer: «Estudiamos la biografía y la historia vital de los pacientes, los recursos de adaptación y el desarrollo vital que conduce al éxito o al fracaso. [...] Existe una gran diferencia entre la historia que nos ofrece el paciente y lo estudiado [...] por los médicos bien formados [...], y la información extraída por el investigador de mente estadística o por el médico que no quiere hablar más que de [...] bioquímica y secreciones internas [...]» (17).

Otro decano de la psiquiatría norteamericana, John Nemiah, adoptó una postura similar y forjó el vínculo entre el paciente como persona que cuenta su historia y el médico como persona que lo escucha con una actitud empática: «El sujeto de la observación (el ser humano vivo y que sufre su propia experiencia) es el que debe definir los métodos de observación. Estos métodos se aplican en el contexto de una relación humana entre el paciente y nosotros mismos, una relación que nos hace introducir profundamente en la vida del paciente y en la que debemos presentar un sentimiento de empatía respecto a sus experiencias.» (18). Nemiah ilustra de manera gráfica su posición mediante el relato de la historia de una de sus pacientes, Grace Carbone. Lo hace de una manera tan cautivadora que se acerca a un logrado trabajo literario (recuerda, en efecto, las historias de casos presentadas por Freud). En esta revisión «de un vistazo panorámico de mi vida», Grace aparece plenamente viva. Ya no es un caso ni un diagnóstico, sino una persona con una historia que estimula nuestra curiosidad para aprender más acerca de su mundo interno y de nuestra motivación para aliviar sus sufrimientos.

Por todo ello, podemos plantear la cuestión: ¿por qué acudir a la literatura «externa» cuando podemos crear la nuestra propia atendiendo de manera receptiva las historias que nos cuentan los pacientes? La respuesta es obvia si consideramos la pregunta a la luz de los argumentos planteados inicialmente. La dimensión científica de la psiquiatría nos enfrenta de manera constante a los «hechos», las normas estadísticas y los criterios diagnósticos. Por otra parte, el conocimiento de la literatura clásica y la literatura testimonial (así como de otras formas de expresión artística) nos

**Tabla 1** El poema *Episodio psicótico* de Sandy Jeffs

---

*Cuando sopló el viento estremecedor y helado,  
me sentí transportada,  
a un mundo del que no sabía nada,  
a un espacio  
para el que nunca me había preparado  
a pesar de que me habían hablado de él.  
Caí, caí y caí,  
hasta llegar a un abismo  
repleto de espectros y fantasmas  
que apresaron mi confiado ser.  
No había lugar para la racionalidad,  
sólo el caos sobre el caos sobre el caos,  
y un río de aguas turbulentas  
flanqueado a cada lado por grandes [góticas] montañas de angustia.  
Me sentí inmersa en algo  
más profundo que un gran agujero negro,  
del cual no podría salir  
hasta que la niebla fuera disipada  
por toda suerte de procesos que actuaban sobre mi angustiado,  
perturbado ser.  
Sin embargo, cuando el viento sopló sobre mi cara de cartón,  
sentí un escalofrío que congeló mi fuerza vital para siempre.*

---

ayudará a alcanzar lo que constituye, como señalan Meyer y Nemiah, el fundamento de la relación psiquiatra-paciente: establecer contacto con el ser humano que tiene su propia vida y sus experiencias. La conclusión es que debemos siempre tener en cuenta la complementariedad entre ciencia y arte, tratando de obtener, en cada caso, los datos más pertinentes y relevantes.

## CONCLUSIÓN

En este artículo se introduce la idoneidad de la aplicación de los aspectos humanitarios a la práctica de la psiquiatría. Si lo consiguiéramos, creo que el arte de nuestra disciplina se potenciaría en gran medida, con los correspondientes efectos beneficiosos tanto para los pacientes como para sus familias. He subrayado que la empatía es el aspecto clave que debemos fomentar en nosotros mismos. Sin embargo, uno no puede decir simplemente: «Voy a ser empático». Más que eso, debemos viajar a través del maravilloso mundo de la literatura, de las artes visuales, el cine y la música. Este viaje no sólo será atractivo e interesante en sí mismo, sino que también enriquecerá nuestras vidas personales y profesionales. ¡Buen viaje!

*World Psychiatry 2005; 3: 130-134*

## Bibliografía

1. Coles R. Anna Freud. The dream of psychoanalysis. New York: Addison-Wesley, 1992.
2. O'Donnell M. Evidence based illiteracy: time to rescue "the literature". *Lancet* 2000;355:489-91.
3. Van der Weyden M. Anecdotes and the art of medicine. *Med J Australia* 2000;172:353.
4. Maimonides M. Treatise on asthma. In: Muntner S (ed). The medical writings of Moses Maimonides. Philadelphia: Lippincott, 1963.
5. Pellegrino E. Educating the humanist physician. *JAMA* 1974; 227:1288-94.
6. Calman K. Literature in the education of the doctor. *Lancet* 1997;350:1622-4.
7. Freud S. Group psychology and the analysis of the ego. In: Strachey J (ed). The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud, Vol. 18. London: Hogarth, 1921/1978:67-143.
8. Bloch M. The historian's craft. New York: Random, 1977.
9. Tolstoy L. Death of Ivan Ilych. Harmondsworth: Penguin, 1991.
10. Kissane D, Bloch S. Family focused grief therapy. Milton Keynes: Open University Press, 2002.
11. Styron W. Darkness visible. London: Cape, 1991.
12. Jamison KR. An unquiet mind. New York: Vintage, 1966.
13. Clendinnen I. Tiger's eye. Melbourne: Text, 2000.
14. Deveson A. Tell me I'm here. Melbourne: Text, 1991.
15. Gaita R. Romulus, my father. Melbourne: Text, 1998.
16. Jeffs S. Poems from the madhouse. Melbourne: Spinifex Press, 1993.
17. Meyer A. The contribution of psychiatry to the understanding of life problems. In: Lief A (ed). The commonsense psychiatry of Doctor Adolf Meyer. New York: McGraw-Hill, 1948.
18. Nemiah J. The varieties of human experience. *Am J Psychiatry* 1989;154:459-66.

## ¿De qué manera pueden contribuir las intervenciones sobre salud mental a la lucha global frente al VIH/SIDA?

FRANCINE COURNOS, KAREN MCKINNON, MILTON WAINBERG

New York State Psychiatric Institute, New York, USA

*La salud mental constituye un componente esencial de las iniciativas que se están llevando a cabo en todo el mundo para contener la propagación de la infección causada por el VIH y para el tratamiento de las personas que ya han sido infectadas o afectadas por el virus. Este artículo describe la integración de los abordajes de salud mental en las estrategias de prevención primaria y secundaria dirigidas hacia los grupos de población vulnerables, la identificación y el tratamiento de los trastornos psiquiátricos que incrementan el riesgo de sufrir infección por el VIH y el diagnóstico y el tratamiento de las manifestaciones neuropsiquiátricas de la infección por el VIH.*

**Palabras clave:** infección por el VIH, intervenciones de salud mental, prevención

Las intervenciones de salud mental son clave en la iniciativa mundial para controlar la diseminación del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y para tratar a los pacientes que ya han sufrido infección o han sido afectados por el virus. La pandemia del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) se ha diseminado hasta todos los rincones del mundo, de manera que en la actualidad hay aproximadamente 40 millones de personas que viven con la infección por el VIH (1). Dado que se ha estimado que cada día se producen 14.000 nuevas infecciones, y que las estimaciones relativas a la aparición de una vacuna de eficacia únicamente parcial hablan de al menos un período de 10 años, incluso las predicciones más optimistas respecto a las mejoras en el acceso al tratamiento antirretrovírico indican que éstas no van a ser suficientes para la necesidad mundial, cada vez mayor, de dicho tratamiento. Éste sólo será asequible y sostenible en la medida que permita reducir el número de nuevas infecciones. Por lo tanto, los programas de prevención dirigidos hacia los comportamientos sexuales y de uso de drogas que facilitan la transmisión del VIH deben ser eficaces y deben tener una prioridad máxima, mientras que el tratamiento de las enfermedades mentales asociadas a la transmisión del VIH, al mal pronóstico de la enfermedad y al escaso grado de cumplimiento de los regímenes terapéuticos con medicamentos antirretrovíricos (además del tratamiento de los cuadros de adicción y depresión) se debe aplicar en una escala masiva.

La inversión global cada vez mayor en nuevas iniciativas de prevención y asistencia respecto a la infección por el VIH (1) brinda una oportunidad para integrar los abordajes de salud mental en estos nuevos programas. A pesar de que es una pandemia, el SIDA se manifiesta en forma de brotes epidémicos que son heterogéneos en cuanto a su intensidad, velocidad de progresión e impacto. Por lo tanto, es necesario desarrollar estrategias preventivas, terapéuticas, asistenciales y dirigidas hacia la reducción del impacto de la enfermedad, que sean localmente apropiadas (2), utilizando para ello la información proporcionada por los profesionales de la salud mental. Los psiquiatras y otros profesionales de la salud mental pueden desempeñar múltiples funciones en la prevención y el tratamiento de la infección por el VIH. Pueden diagnosticar y tratar los cuadros de trastornos psiquiátricos y de trastornos relacionados con sustancias que —a su vez— se asocian a comportamientos de riesgo respecto al VIH, con objeto de reducir este riesgo; pueden efectuar el diagnóstico diferencial y el tratamiento de los trastornos psiquiátricos que aparecen simultáneamente a la infección por el VIH; pueden incrementar el grado de cumplimiento de los tratamientos médicos, psiquiátricos y de cuadros de abuso de sustancias, y pueden ayudar al abordaje de los problemas psicosociales asociados a la enfermedad, como la divulgación de la positividad para el VIH, la adaptación al diagnóstico y a la enfermedad causada por el VIH y el acceso a servicios concretos, como los de asistencia económica y mejoramiento de la vivienda.

En este artículo se describe el impacto de la pandemia VIH/SIDA en la población vulnerable de todo el mundo, se subrayan los aspectos más destacados de la salud mental respecto a la pandemia, y se exponen las estrategias clínicas y terapéuticas esenciales para el establecimiento del diagnóstico y el tratamiento de los problemas de salud mental asociados a la enfermedad relacionada con el VIH; finalmente, se expone la aplicación genérica de los conceptos de salud mental para la modificación de los comportamientos que sostienen la epidemia.

### EPIDEMIOLOGÍA DE LA PANDEMIA POR EL VIH/SIDA Y GRUPOS DE POBLACIÓN VULNERABLES

La iniciativa mundialmente adoptada para reducir las consecuencias de la infección por el VIH/SIDA implica el aislamiento de los brotes epidémicos concentrados, para evitar que se conviertan en una pandemia que afecte a la población general. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define un brote epidémico concentrado como una situación en la que un subgrupo de la población muestra una tasa de infección por el VIH superior al 5 %, con una tasa de infección por el VIH en las mujeres embarazadas inferior al 1 %.

El impacto de una epidemia generalizada es más obvio en los países de África Subsahariana. De los 25 países en los que la prevalencia de infección por el VIH es mayor (entre el 5 y el 39 % de los adultos de 15-49 años de edad), 24 se localizan en África Subsahariana. Aproximadamente, las dos terceras partes de las personas que sufren infección por el VIH viven en esta región geográfica (1); el número de personas que sufren una infección nueva por VIH es similar al de personas que fallecen debido al SIDA, y hasta el momento no hay signos de una disminución global o nacional de la incidencia en la mayor parte de los países afectados de África del Sur.

La epidemia por el VIH también se ha generalizado en la zona del Caribe, cuya prevalencia de infección por el VIH es la segunda del mundo y supera el 2 % en cinco países. Haití es el país de la zona del Caribe en el que vive un mayor número de personas con infección por el VIH, con una prevalencia estimada de casi el 6 % entre las personas de 15-49 años de edad (1), seguido de Jamaica y de Guyana. En América Latina hay dos países, Guatemala y Honduras, que también presentan situaciones de epidemia generalizada.

Estas epidemias generalizadas muestran características variables, pero se deben principalmente a la transmisión heterosexual; no obstante, las prácticas homosexuales (fuertemente estigmatizadas e ilegales en algunos países), el turismo sexual y la drogadicción mediante inyección causan un número significativo de casos y son prácticas que siguen siendo estimadas de manera insuficiente por los sistemas de vigilancia de salud pública locales, a consecuencia de la privación de los derechos sociales que sufren los individuos que realizan estas prácticas.

En algunos países no se ha producido una epidemia generalizada por VIH a pesar de que en su interior hay regiones en las que la epidemia sí está generalizada: algunas áreas de China en las que se realizaron prácticas inseguras de donación de sangre; algunas partes de India con una gran prevalencia de drogadicción mediante inyección; diversas regiones de Brasil con una elevada población de varones que tienen relaciones sexuales con varones (VSV); diversas zonas de Myanmar y del sur de Tailandia en las que la infección por el VIH entre las mujeres embarazadas supera el 2 %, y algunas áreas urbanas de Europa Oriental, como San Petersburgo (Federación Rusa) y Odessa (Ucrania) (1).

Los datos de vigilancia epidemiológica existentes en la mayor parte de los países se refieren todavía a las situaciones de epidemia concentrada (1). Aunque ha existido un movimiento correcto de alejamiento respecto al concepto de grupos de riesgo, dado que la realización de prácticas sexuales no protegidas y los comportamientos de uso de drogas y sustancias hacen que cualquier persona presente riesgo de infección por el VIH, sigue siendo cierto no obstante que en la mayor parte de los países los brotes epidémicos actuales se siguen concentrando en grupos de población vulnerables. Desde un punto de vista histórico, el VIH inicia su propagación en tres grupos vulnerables: los drogadictos mediante inyección (DMI), los VSV y las personas que ejercen la prostitución. La contención de la epidemia mientras permanece concentrada todavía en estos grupos de población es clave para prevenir su propagación hacia la población general.

### Drogadictos mediante inyección

La drogadicción mediante inyección utilizando equipos no esterilizados es una puerta abierta hacia el desastre sanitario público. Ésta es la vía predominante de transmisión del VIH en muchos países, tanto desarrollados como en vías de desarrollo, en los que existen brotes epidémicos concentrados. En Europa Occidental persiste una epidemia concentrada de infección por el VIH en la que los DMI constituyen el grupo principal de transmisión del virus (1). La epidemia que afecta a Europa Oriental es más reciente, pero tiene una relación incluso más directa con la drogadicción mediante inyección. Por ejemplo, en la Federación Rusa hay entre 1,5 y 3 millones de personas que utilizan drogas mediante inyección, lo que representa el 1-2 % de toda la población. Muchas de estas personas realizan el consumo de drogas mediante inyección y sufren la infección cuando todavía permanecen en la adolescencia; dado que también son sexualmente activas, implican un riesgo para la población general, y la transmisión heterosexual representa la causa de una proporción espectacularmente creciente de las infecciones nuevas (1). Más del 50 % de los casos de SIDA originados por contacto heterosexual en Europa Oriental afecta a personas que tienen un compañero sexual que es un DMI. En China, donde vive el 22 % de la población mundial, la drogadicción mediante inyección también es la forma más común de transmisión del VIH, un mecanismo de transmisión que también es importante en diversas regiones de muchos otros países de América del Norte, América Latina, Asia Oriental (incluyendo India) y Oriente Medio (1).

La prevalencia de la drogadicción en los DMI representa el vínculo más obvio entre los trastornos psiquiátricos y la transmisión del VIH. Además, los trastornos relacionados con el uso de sustancias son frecuentemente comórbidos con otros trastornos psiquiátricos (p. ej., trastorno bipolar, depresión, trastornos psicóticos, trastornos de ansiedad, trastorno límite de la personalidad y trastorno de la personalidad antisocial). Por otra parte, el alcoholismo y otros trastornos relacionados con el uso de sustancias se asocian fuertemente al incremento de las prácticas sexuales de riesgo respecto a la infección por el VIH. En muchos países, el alcoholismo y otros trastornos relacionados con el uso de sustancias no son tratados mediante abordajes terapéuticos eficaces e, incluso, son desatendidos

o criminalizados (1). Aunque no constituyen el medio óptimo, las prisiones podrían representar la puerta de entrada para los tratamientos con fármacos antirretrovíricos y los tratamientos mediante medicamentos de sustitución.

### Varones que tienen relaciones sexuales con varones

En este grupo se incluye a los varones de distintas identidades y contextos sociales que mantienen relaciones sexuales con otros varones. La homofobia generalizada proporciona un clima ideal para la propagación del VIH, al alejar a los VSV de la información, los servicios y la seguridad que necesitan para protegerse a sí mismos y a los demás frente al VIH. En muchas partes del mundo, las medidas de vigilancia, prevención y tratamiento están dificultadas por el estigma y el secreto que rodean al comportamiento sexual con personas del mismo sexo. Posiblemente, este estigma también contribuye a las elevadas tasas de cuadros de abuso del alcohol y de depresión que se han documentado en algunos países (3), lo que potencia todavía más la epidemia y crea barreras adicionales a la asistencia. Algunos varones realizan prácticas sexuales con otros varones sin reconocerse como homosexuales o bisexuales, de manera que rechazan los mensajes de prevención dirigidos hacia la comunidad homosexual.

En los países desarrollados en los que existen sistemas de vigilancia epidemiológica adecuados, los VSV representan uno de los primeros grupos que debe ser identificado como altamente afectado por la epidemia del VIH. Por ejemplo, en Estados Unidos los VSV constituyeron el grupo de acceso más difícil en las fases iniciales de la epidemia, y los comportamientos sexuales no protegidos entre los VSV siguen siendo la vía principal de transmisión del VIH (4). En el segundo país más poblado del mundo, India, un estudio basado en encuestas domiciliarias reveló que el 6 % de los varones mantenía relaciones sexuales con varones, mientras que en otro estudio se observó que el 57 % de los VSV estaban casados con mujeres (5). En estas condiciones, el potencial de transmisión del VIH entre los VSV y desde los VSV a la población general es muy elevado.

Los VSV pueden no ser conscientes de su propia infección por el VIH, tanto si se reconocen como homosexuales como si no lo hacen. Por ejemplo, en Buenos Aires (Argentina) sólo uno de cada siete VSV con positividad para el VIH conocía esta positividad (6). De la misma manera, en Beijing (China), aproximadamente el 3 % de los VSV presentó infección por el VIH y casi la totalidad de éstos desconocía su situación serológica (7). Datos recientes obtenidos en ciudades importantes de Europa, Australia, Canadá y Estados Unidos indican que la prevalencia de los comportamientos sexuales de riesgo y las tasas de infección por el VIH están aumentando entre los VSV (4); estas tendencias representan tanto un resurgimiento de la infección entre los VSV de mayor edad como una despreocupación por la reducción del riesgo entre los VSV más jóvenes. A pesar de ello, en Estados Unidos los VSV tienen menos probabilidades que los varones y mujeres heterosexuales de recibir intervenciones de carácter preventivo, y solamente el 10 % de los estudios de prevención del VIH efectuados en Estados Unidos se ha centrado sobre los VSV (8).

### Personas que ejercen la prostitución

El trabajo sexual comercial o prostitución, tanto si es legal como ilegal, representa una actividad de intercambio económico en la cual se compran diversas actividades sexuales específicas. Hay numerosos factores sociales y económicos asociados a la prostitución, como la pobreza extrema, el analfabetismo y las situaciones de violencia no abordadas (e incluso consentidas) frente a las mujeres y los VSV. Entre los trabajadores sexuales masculinos y femeninos son frecuentes los antecedentes de abuso sexual infantil, y el tráfico de per-

sonas y otras formas de explotación causan indudablemente un traumatismo psicológico grave entre las mujeres que son obligadas al trabajo sexual (1).

A pesar de que los estudios de investigación sobre la salud mental de los trabajadores sexuales son limitados, en algunos de ellos se ha demostrado que los trabajadores sexuales de ambos sexos muestran tasas elevadas de trastornos psiquiátricos en comparación con los controles de características demográficas similares (9, 10), si bien en estos estudios no se ha podido establecer si los trastornos anteceden a las prácticas de comercio sexual o representan una consecuencia de ellas.

En varios estudios se ha observado que entre los trabajadores sexuales la enfermedad mental se asocia a una prevalencia mayor de infección por el VIH y a tasas más bajas de utilización del preservativo. En un estudio efectuado en Puerto Rico (11) los trabajadores sexuales con una incidencia elevada de síntomas depresivos presentaron una tasa de infección por el VIH del 70 %, mientras que en los que presentaban una incidencia baja de síntomas depresivos la tasa de infección por el VIH era del 30 %. Esta diferencia no parece ser una consecuencia de la propia infección por el VIH, dado que los síntomas depresivos fueron independientes de dicha infección.

Las circunstancias en las que se desenvuelven los trabajadores sexuales pueden influir de manera significativa en el hecho de que adopten precauciones de seguridad, incluyendo las necesarias para impedir la infección por el VIH. Muchos trabajadores sexuales carecen de información o bien reciben información errónea respecto a las funciones corporales normales y no tienen posibilidades de acceso a información respecto a los servicios sanitarios, a las infecciones de transmisión sexual o causadas por el VIH, a la drogadicción y a otros problemas de salud. El sexo comercial sigue siendo el motor principal de la epidemia por VIH en África Occidental y en diversas partes de India. Las intervenciones preventivas estructurales centradas sobre los trabajadores sexuales comerciales han dado buenos resultados respecto a la reducción de la prevalencia y la incidencia de la infección por el VIH en aquellas zonas donde se han implementado (12). En los países en los que actúan trabajadores sexuales legales e ilegales, la prevalencia de infección por el VIH entre los primeros es considerablemente menor, lo que indica que en este grupo hay una facilidad mayor para la implementación de intervenciones de carácter preventivo.

## Solapamiento entre los grupos de población vulnerables

El denominador común que presentan estos tres grupos de población vulnerables es su apartamiento de la cultura dominante, con las consecuencias correspondientes del estigma, el separatismo u ocultamiento, y las barreras para el acceso a los recursos, todo lo cual hace que sea difícil la aplicación de iniciativas de prevención. La OMS ha estimado que el porcentaje de DMI que tiene acceso a los servicios preventivos esenciales es inferior al 5 %, mientras que la cifra correspondiente entre los trabajadores sexuales y los VSV es de aproximadamente el 10-20 % (1). Es evidente que hay una variabilidad tremenda dentro de los grupos vulnerables, en los que pueden existir subgrupos que no están recibiendo las intervenciones dirigidas específicamente a la solución de sus necesidades o al abordaje de los contextos culturales específicos en los que tienen lugar las prácticas de riesgo. Por ejemplo, los VSV afroamericanos que residen en Estados Unidos muestran tasas mayores de infección por el VIH que los VSV pertenecientes a otras minorías étnicas, mientras que los VSV afroamericanos jóvenes son los que presentan tasas de infección mayores.

A pesar de que en este artículo se han expuesto los grupos vulnerables como si fueran grupos de población bien definidos, un individuo puede pertenecer simultánea o sucesivamente a más de un grupo vulnerable. La adicción a drogas puede dar lugar al ejercicio

de la prostitución para el intercambio de sexo por drogas o por dinero para la adquisición de drogas. En algunas partes del mundo las tasas de drogadicción mayores se observan entre las personas que ejercen la prostitución (1). Un ejemplo es el de San Petersburgo (Rusia), en donde el 81 % de los trabajadores sexuales encuestados señaló que se inyectaba drogas al menos una vez al día (el 65 % con equipos de inyección no estériles); el 48 % de los trabajadores sexuales encuestados presentaba positividad para el VIH (1). En un estudio realizado sobre prostitutas de la ciudad de Ho Chi Minh (Vietnam) que se inyectaban drogas se observaron tasas similares de infección por el VIH. En un estudio efectuado en Puerto Rico se observó que el 47 % de las prostitutas se inyectaba drogas y que el 70 % de estas últimas presentaba positividad para el VIH (11).

El VIH se propaga desde los grupos de población históricamente vulnerables hacia la población general principalmente a través de los contactos sexuales realizados sin protección. Por ejemplo, la compra de servicios sexuales por parte de varones constituye una práctica común en los países asiáticos, y diversos estudios han mostrado que aproximadamente el 5-10 % de los varones acepta pagar más dinero por la realización de prácticas sexuales sin preservativo (1). A menudo, estos varones están casados con mujeres o tienen parejas sexuales femeninas regulares; el uso de preservativos podría llamar la atención de estas mujeres respecto a situaciones de infidelidad.

Los errores de concepto y las actitudes de negación facilitan el florecimiento del virus. En la base de la inmensa tarea que representa la prevención de la propagación del VIH en las poblaciones vulnerables y fuera de ellas se encuentran numerosos factores estructurales, como el estigma, la discriminación social, la indiferencia política, la pobreza, la violencia y la opresión. Un ejemplo de ello es la observación de que en los países con situaciones de epidemia generalizada las mujeres jóvenes de 15 a 24 años de edad tienen una probabilidad entre dos y seis veces mayor de sufrir infección por VIH que los varones jóvenes de la misma edad (1). La vulnerabilidad de las mujeres frente a la infección por VIH no se debe simplemente a la falta de conocimiento sino a su situación generalizada de inferioridad. En un estudio realizado en Zambia se observó que sólo el 11 % de las mujeres consideraba que tenía derecho a pedir a su marido que utilizara el preservativo, incluso en las situaciones en las que el marido había sido infiel y sufría infección por el VIH (1).

El aporte de los trabajadores de salud mental es importante para conocer las relaciones que subyacen a la limitación de las posibilidades de elección a la que se enfrentan las mujeres —tanto casadas como solteras—, modificar los peligrosos estereotipos de la masculinidad y posibilitar que los varones asuman su responsabilidad respecto a la prevención de la infección por el VIH y la protección frente a ella. Son necesarios cambios importantes en el comportamiento de poblaciones enteras. A pesar de que son difíciles de implementar, el desarrollo de las intervenciones apropiadas es una iniciativa esencial para contener la epidemia de SIDA entre las nuevas generaciones que alcanzan la madurez sexual. La salud mental debe ser tenida en cuenta en las iniciativas de salud pública aplicadas para llevar a cabo esta tarea.

## APLICACIÓN DE LOS CONCEPTOS DE SALUD MENTAL PARA LA MODIFICACIÓN DE LOS COMPORTAMIENTOS QUE MANTIENEN LA EPIDEMIA

Hay abundantes datos que indican que las intervenciones conductuales reducen los comportamientos de alto riesgo y facilitan la realización de prácticas seguras. Esta relación se ha demostrado en los tres grupos de población históricamente vulnerables (13), así como en una gran variedad de otros grupos de personas (p. ej., adolescentes, mujeres, pacientes psiquiátricos). Además, los programas que utilizan abordajes terapéuticos de sustitución de drogas por me-

dicamentos opioides y que facilitan el acceso a equipos de inyección estériles pueden reducir la incidencia de nuevas infecciones por el VIH en las personas que se inyectan drogas, sin el riesgo de incrementar el número de personas que adoptan estas formas de comportamiento (14). Estos programas pueden servir como plataforma para la aplicación de otros servicios e intervenciones que permitan reducir los comportamientos sexuales no protegidos. Sin embargo, en muchos países la provisión de equipos de inyección estériles y la sustitución de drogas por medicamentos como metadona están legalmente prohibidas en el tratamiento de los trastornos relacionados con el uso de sustancias.

En muchos países que se han visto fuertemente afectados por la epidemia de VIH todavía no se han implementado respuestas coherentes y coordinadas, mientras que en otros países se han aplicado respuestas frente a grupos concretos de población en riesgo y se han dejado de lado otros grupos de riesgo. Por ejemplo, en Tailandia se han obtenido resultados muy buenos en la reducción de la infección por el VIH entre los trabajadores sexuales, mientras que los nuevos casos de la infección entre los DMI han crecido de manera alarmante y actualmente siguen sin ser abordados a través de una campaña de prevención nacional comparable a la realizada para el otro grupo.

Hay algunos países en los que sigue existiendo una prevalencia muy baja de infección por el VIH incluso en los grupos históricamente vulnerables, por lo que existe la oportunidad poco frecuente de prevenir la infección por el VIH en estos grupos, a partir de una situación relativamente controlada. Entre estos países están Bangladesh, Timor Oriental, Mongolia, República Democrática Popular de Laos, Pakistán, Filipinas, Sri Lanka y varios países de América Latina.

## Ámbitos de intervención

El ámbito más extenso de intervención es el nacional, iniciado por el gobierno de cada país. Algunos de los mejores resultados globales obtenidos en la prevención de la infección por el VIH han sido respuestas coherentes frente al SIDA aplicadas en algunos de los países con una incidencia mayor del problema. Así, por ejemplo, en Uganda fue posible una reducción considerable de las tasas de infección por el VIH tras la implementación de un abordaje comunitario, mientras que en Tailandia y Camboya fue posible la contención de la epidemia mediante la promoción del uso del preservativo entre los trabajadores sexuales (15). Por el contrario, en la Federación Rusa, en la que la epidemia se ha concentrado entre los DMI, los programas de reducción del riesgo no han sido acordes a las necesidades de este grupo (1).

Las intervenciones nacionales implican a menudo la realización de campañas en los medios de comunicación y la provisión de asistencia e incentivos concretos para modificar las prácticas de riesgo. Dos indicadores utilizados con frecuencia para determinar el buen resultado conseguido con las campañas nacionales son la provisión de preservativos y el uso del preservativo en las prácticas sexuales de riesgo alto. Obviamente, en un país en el que el motor principal de la epidemia sea la drogadicción mediante inyección ambos indicadores serán insuficientes por sí mismos.

Las modificaciones de las prácticas también se pueden lograr desde ámbitos más básicos. Un ejemplo de ello es el elevado número de organizaciones no gubernamentales (ONG) que actúan en países de todo el mundo promocionando las prácticas seguras. En Europa Oriental, en donde los programas de prevención de la infección por el VIH tienden a ser escasos, está adquiriendo una fuerza cada vez mayor el movimiento de la sociedad civil y de los familiares de pacientes con infección por el VIH. Los movimientos de base obtienen resultados mejores cuando pueden influir en última instancia en las respuestas ofrecidas por los gobiernos. Un ejemplo de ello es el constituido por los VSV de Estados Unidos; cuando la

ACT-UP (AIDS Coalition To Unleash Power) solicitó medidas terapéuticas mejores y más rápidas, se produjo una modificación eficaz del proceso de aprobación y de la financiación de medicamentos antirretrovíricos por parte del gobierno federal (16). Los movimientos de base que actúan en Brasil también han facilitado la implementación de políticas preventivas y terapéuticas que garantizan el acceso de todos los ciudadanos tanto a la prevención como al tratamiento (17).

Entre los extremos de los mejores y peores abordajes están las distintas acciones que pueden llevar a cabo las entidades implicadas y que persiguen el objetivo de reducir el impacto de la epidemia de infección por el VIH. Entre las herramientas utilizadas cabe destacar el desarrollo de políticas de vivienda, de redes de apoyo y de asociaciones. El aspecto positivo de estas respuestas locales es el hecho de que están adaptadas a las necesidades de las comunidades en las que se implementan. El aspecto negativo es que estos servicios están fragmentados, son dispersos y se mantienen sólo a corto plazo, de manera que las personas afectadas deben atravesar a menudo por varios programas o sistemas con objeto de obtener la asistencia que necesitan.

En todo el mundo, las iniciativas de prevención que han dado mejores resultados han tenido un carácter pragmático y se han centrado sobre el comportamiento más que sobre las valoraciones morales de los comportamientos; además, han luchado por mejorar el contexto social, legal y político en el que vive y trabaja la mayor parte de las personas en riesgo. En muchos casos se han aplicado simultáneamente intervenciones en diferentes ámbitos. Por ejemplo, en Brasil y Australia se desarrollaron políticas gubernamentales en colaboración con las comunidades de VSV, lo que redujo espectacularmente el número de nuevos casos de infección por el VIH; no obstante, en ambos países se observó posteriormente un cierto resurgimiento a consecuencia de los errores de concepto respecto al grado de riesgo de transmisión existente tras el tratamiento antirretrovírico.

En los países en los que las distintas intervenciones se han aplicado con buenos resultados no ha sido suficiente con la intervención en un único momento temporal; la complacencia excesiva y los errores de percepción por parte de las personas que pertenecen a grupos de riesgo pueden dar lugar al resurgimiento en la incidencia de infección por el VIH. Hay ejemplos múltiples relativos a la recidiva de los comportamientos poco seguros en el momento en el que se interrumpe por completo la intervención preventiva. El abordaje mejor es una intervención de carácter progresivo y, siempre que sea posible, el refuerzo estructural de los comportamientos de reducción del riesgo, tal como se ha llevado a cabo entre los trabajadores sexuales de Tailandia, que son controlados de manera regular a través de certificados de autorización y de otros mecanismos de carácter gubernamental.

El abordaje biopsicosocial es especialmente importante para el control de la infección por el VIH. Las medidas adecuadas de prevención y tratamiento no pueden tener lugar en ausencia de abordajes psicosociales bien integrados. Entre ellos destacan los siguientes: el desarrollo de estrategias para reducir los comportamientos de riesgo tanto sexuales como relativos al uso de drogas; la provisión de una información de orientación exhaustiva antes de la prueba de detección del VIH y después de ella; la ayuda a las personas infectadas para que pongan el hecho en conocimiento de sus parejas sexuales, estableciendo al mismo tiempo medidas de seguridad frente a la violencia que se puede ejercer sobre ellas, y el ofrecimiento de una serie de servicios a los enfermos en situación terminal, de manera que reciban una asistencia de carácter compasivo junto con una planificación adecuada del futuro de los niños que pierden a sus padres por esta razón. Tanto de manera directa como en consulta con otros profesionales sanitarios, los profesionales de la salud mental desempeñan un papel importante en el logro de que estos servicios estén bien diseñados y se ajusten a las necesidades de salud mental de las personas hacia las que se dirijan.

Es importante la integración de la salud mental en las intervenciones preventivas en todos los ámbitos. Es necesaria la incorporación de modelos de modificación del comportamiento en las iniciativas de prevención, con el objeto de comprender las motivaciones de las personas para la participación en comportamientos de riesgo, definir los incentivos necesarios para la modificación de estos comportamientos y determinar las medidas necesarias para implementar y mantener las prácticas seguras. Además, debe ser una prioridad la detección, el reconocimiento y el tratamiento de los problemas psiquiátricos y de comportamiento que interfieren con la realización de prácticas seguras o que incluso facilitan la realización de prácticas inseguras. A menos que la salud mental constituya un componente de las intervenciones preventivas, éstas (con independencia de su magnitud) no podrán contener la epidemia (13).

### PROBLEMAS DE LA SALUD MENTAL ASOCIADOS A LA TRASMISIÓN DEL VIH Y A LA MALA EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD

Los problemas de la salud mental pueden aparecer como factores de riesgo para la infección por el VIH o como secuelas de la infección por el VIH y de sus complicaciones.

Entre los trastornos mentales más frecuentes que se observan en las personas infectadas por el VIH están el alcoholismo y otros trastornos relacionados con el uso de drogas y sustancias (18). Por otra parte, en varios estudios epidemiológicos se ha observado que la mayor parte de los individuos infectados por el VIH sufre otros trastornos psiquiátricos, sobre todo ansiedad, depresión o psicosis (19).

Estos diagnósticos múltiples deben ser abordados de una forma integrada. La presencia de trastornos relacionados con drogas y sustancias puede complicar el tratamiento de la infección por el VIH y comprometer el cumplimiento del tratamiento con la medicación frente al VIH, así como las iniciativas de prevención secundaria (20). Algunos trastornos mentales, como la depresión, pueden contribuir a la trasmisión del VIH, al mal pronóstico de la infección por el VIH y a la disminución del cumplimiento del tratamiento con los regímenes antirretrovíricos por parte de los pacientes (21). Por tanto, la detección y el tratamiento de la depresión constituyen objetivos clave de la prevención primaria y secundaria que pueden ser acometidos por los psiquiatras.

La enfermedad mental grave (psicosis con un componente afectivo o sin él) se ha asociado a la infección por el VIH en seis de ocho países en los que se han realizado estudios de seroprevalencia. Estas cifras son mayores entre las personas con alguna enfermedad mental grave que sufren simultáneamente trastornos relacionados con el uso de sustancias (22, 23). El grado de cumplimiento de los regímenes terapéuticos antirretrovíricos entre las personas que sufren enfermedades mentales graves puede ser tan alto como el existente en la población general: los pacientes psiquiátricos son personas que tienen una gran experiencia con el consumo de medicamentos y no deben ser subestimados en los casos en los que está indicado su tratamiento con fármacos antirretrovíricos (24).

Las experiencias traumáticas infantiles y otros factores estresantes psicosociales pueden contribuir a la infección por el VIH y exacerbar los problemas mentales. Por ejemplo, se ha demostrado que los cuadros de abuso sexual infantil pueden en etapas posteriores incrementar el riesgo de infección por el VIH en las adolescentes, los trabajadores sexuales, los varones homosexuales y bisexuales, las personas que sufren enfermedades mentales graves y otros grupos (25). La evaluación de este riesgo y la intervención adecuada requieren los conocimientos y la sensibilidad que posean o puedan desarrollar los profesionales de la salud mental.

Algunos síntomas somáticos de la infección por el VIH pueden deteriorar considerablemente la calidad de vida y complicar el tratamiento de los trastornos psiquiátricos; entre ellos, la fatiga, la li-

podistrofia, la lipoatrofia con emaciación, el insomnio, el dolor y la disfunción sexual. Es frecuente pasar por alto estos problemas somáticos de gran prevalencia (26). Los profesionales de la salud mental pueden desempeñar una función muy importante en el tratamiento o la propuesta de tratamiento de estos problemas. En los casos en los que se prescriben medicamentos psicotrópicos, está indicado determinar si pueden exacerbar o mejorar los síntomas somáticos. Es destacable el hecho de que la hepatitis C, que representa un problema frecuente entre los DMI y los hemofílicos, puede dar lugar por sí misma a manifestaciones neuropsiquiátricas y que su tratamiento (especialmente, mediante interferón) puede causar o exacerbar la depresión (26).

Hay algunos principios importantes que deben tenerse en cuenta en el tratamiento de los problemas mentales en pacientes que sufren infección activa por el VIH (26), entre ellos: la consideración de los múltiples cuadros de comorbilidad; la evaluación de alguna nueva causa médica para cualquier modificación que tenga lugar en el estado mental (relacionada o no relacionada con el VIH); el comienzo de los tratamientos con dosis bajas de medicamentos psicotrópicos, incrementando después lentamente dichas dosis; la comprobación de las interacciones medicamentosas y de los cuadros de solapamiento de toxicidad entre los distintos fármacos psicotrópicos, antirretrovíricos y cualquier otro medicamento que pueda estar tomando el paciente, y el ofrecimiento de apoyo para el cumplimiento del tratamiento en el caso de los pacientes cuyos síntomas cognitivos o psiquiátricos interfieren con la toma regular de la medicación.

En el tratamiento de los trastornos relacionados con el uso de sustancias por parte de personas infectadas por el VIH es mucho más fácil coordinar el abordaje terapéutico cuando se integra en un solo centro o consulta (26). Además, muchos médicos tienen dificultades significativas para tratar algunos de los comportamientos más perturbadores y en ocasiones exigentes de sus pacientes, de manera que la centralización de los servicios de salud mental en un solo centro puede ser el aspecto clave para facilitar el tratamiento de estos pacientes. En cuanto a las personas que reciben tratamiento de sustitución a largo plazo con metadona, es importante tener en cuenta que muchos antirretrovíricos modifican las concentraciones de metadona, generalmente disminuyéndolas. Por lo tanto, en estos pacientes es necesario ajustar la dosis de metadona (27).

En los pacientes con cuadros de ansiedad leves o transitorios, la aplicación de psicoterapia, de medidas de relajación, de técnicas de reducción del estrés y de abordajes de evitación de las sustancias que provocan ansiedad, como la cafeína y la nicotina, debe tener prioridad respecto a la prescripción de medicación (26).

En la mayor parte de los trastornos crónicos de ansiedad el tratamiento más adecuado se realiza con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina más que con benzodiacepinas, dados los bajos niveles de tolerabilidad y adicción que presentan los primeros. En los casos en los que es necesaria una benzodiacepina, se debe seleccionar alguna que no muestre interacción con los medicamentos antirretrovíricos. Loracepam y clonacepam son las benzodiacepinas utilizadas con mayor frecuencia en los pacientes que sufren infección por el VIH (26).

En las depresiones, los psicoestimulantes pueden ser especialmente útiles en los pacientes con alteraciones cognitivas y fatiga (28), aunque su efecto sobre el estado de ánimo es variable. Es importante advertir a los pacientes que están tomando medicación antirretrovírica que no utilicen hipérico (hierba de San Juan), un producto herbario que se usa a menudo en el tratamiento de la depresión, dado que puede reducir las concentraciones de los inhibidores de la proteasa. También es importante descartar los cuadros de hipogonadismo, que se observan hasta en el 50 % de los varones con infección sintomática por el VIH o con SIDA, y que pueden ser una causa de depresión o un factor contribuyente a ella. En los varones y mujeres infectados por el VIH también son frecuentes los cuadros de deficiencia de andrógenos, principalmente de deshidro-

epiandrosterona (29). Por tanto, el tratamiento sustitutivo con testosterona —que en varios estudios ha demostrado ser eficaz— puede ser un componente importante del abordaje terapéutico de la depresión en estas personas, (30).

## MANIFESTACIONES NEUROPSIQUIÁTRICAS DE LA INFECCIÓN POR EL VIH

El VIH es un virus neurotrópico que alcanza el sistema nervioso central en el momento de la infección inicial y que persiste posteriormente en él. Las manifestaciones neuropsiquiátricas de los efectos directos del VIH en el cerebro son cada vez más frecuentes a medida que avanza la enfermedad (26). Entre los problemas más frecuentes están la disminución de la atención y la concentración, la lentitud psicomotriz, la disminución en la velocidad de procesamiento de la información, la disfunción ejecutiva y, en los casos más avanzados, las alteraciones de la memoria verbal (26). Las manifestaciones neuropsiquiátricas surgen dentro de una amplia gama de gravedad que va desde las manifestaciones subclínicas y los trastornos específicos, como los cuadros motores y cognitivos de carácter menor, hasta los cuadros de demencia asociada al VIH. La demencia es subcortical, aunque en los pacientes con enfermedad avanzada también pueden estar afectadas diversas áreas corticales (26).

Los profesionales de la salud mental desempeñan a menudo un papel importante en el diagnóstico de estos trastornos cognitivos y comportamentales, así como en el tratamiento de las enfermedades psiquiátricas asociadas a ellos, tal como la manía o la psicosis. Estas complicaciones psiquiátricas se observan con mayor frecuencia en los pacientes que sufren demencia asociada al VIH, con síntomas que van desde la apatía y la depresión hasta la manía y la psicosis, y que imitan trastornos psiquiátricos funcionales; por esta razón, es necesario un diagnóstico diferencial concienzudo, que debe ser realizado idóneamente por un psiquiatra (26). Las manifestaciones neuropsiquiátricas de la infección por el VIH son diagnósticos de exclusión, y el clínico debe descartar en primer lugar otras posibles causas de tipo médico, como las infecciones por microorganismos oportunistas, los problemas metabólicos, los efectos adversos de los medicamentos antirretrovíricos y los cuadros de intoxicación o abstinencia por fármacos o sustancias (26). Ésta es una tarea esencial, teniendo en cuenta que hay una amplia gama de problemas médicos que si no son tratados pueden dar lugar a una lesión neuronal irreversible.

La mejor forma de prevención y tratamiento de las manifestaciones neuropsiquiátricas de la infección por el VIH es la administración del tratamiento antirretrovírico fuertemente activo (HAART, *highly active antiretroviral therapy*), que utiliza tres o más medicamentos antirretrovíricos para eliminar la replicación vírica. Hay que tener en cuenta que algunos medicamentos antirretrovíricos —principalmente el efavirenz— pueden causar por sí mismos efectos adversos neuropsiquiátricos (26). El efavirenz es considerado en la actualidad uno de los fármacos más importantes en los regímenes HAART, debido a que su uso se acompaña de la persistencia de la eficacia del régimen terapéutico. Por esa razón, el efavirenz está siendo utilizado de manera intensiva en los programas de tratamiento antirretrovírico en los países con recursos económicos bajos. Sin embargo, efavirenz se asocia a menudo a manifestaciones neuropsiquiátricas como ansiedad, depresión, nerviosismo, somnolencia, alteraciones de la concentración, insomnio, sueños vívidos y perturbadores, y —en ocasiones— ideación suicida. La mayor parte de estos efectos adversos aparece entre las primeras 24 horas y las 4 semanas desde el comienzo del tratamiento (31), de manera que si el paciente puede tolerar el tratamiento, con ayuda de los clínicos que le atienden o sin ella, generalmente desaparecen de manera espontánea.

Un aspecto particularmente difícil del HAART es la necesidad de que los pacientes tomen al menos el 95 % de la medicación para su-

primir la replicación vírica y minimizar las posibilidades de aparición de cepas de VIH resistentes así como de situaciones de resistencia cruzada frente a los fármacos antirretrovíricos (26). Este grado de cumplimiento del tratamiento no es habitual en los pacientes que sufren cualquier otra enfermedad de tipo médico, especialmente las enfermedades de carácter crónico. Los conceptos de salud mental han sido de fundamental importancia, en el abordaje de la epidemia por el VIH, para determinar la forma de evaluar la disposición de los pacientes al cumplimiento de estos regímenes terapéuticos implacables y para poder maximizar el grado de cumplimiento.

## CONCLUSIONES

Los psiquiatras pueden contribuir a la contención del problema de salud pública posiblemente más importante en todo el mundo y que debe ser abordado en una escala global; el papel de los psiquiatras al respecto consiste en la definición de los factores relacionados con la salud mental que facilitan la transmisión del VIH desde las poblaciones vulnerables a la población general; la defensa de los tratamientos indicados en los cuadros de abuso de sustancias; el desarrollo y la implementación de intervenciones comportamentales de carácter preventivo respecto a la infección por el VIH, y el tratamiento de los problemas mentales que presentan los pacientes con infección por el VIH y SIDA. En el ámbito individual, los psiquiatras también pueden: promocionar las medidas de prevención sin emitir juicios de valor (con una amplia gama de opciones sexuales seguras según las necesidades y el estilo de vida de cada persona); educar a los pacientes infectados por el VIH respecto a los problemas relacionados con el sistema nervioso central; controlar las secuelas psiquiátricas, el grado de cumplimiento de los tratamientos y los aspectos de la calidad de vida de los pacientes (p. ej., el sueño, la actividad sexual), y facilitar el control del impacto psicosocial de la enfermedad sobre las personas infectadas y sus familiares.

Desde un abordaje más global, los esfuerzos individuales de los psiquiatras pueden influir en las iniciativas políticas y de las organizaciones de base. Los psiquiatras, los psicólogos y otros profesionales de la salud mental han desempeñado un papel clave en la provisión a las instituciones y los gobiernos de la ayuda necesaria para enfrentar la epidemia de SIDA, defendiendo el desarrollo de actividades políticas en sus propios países de ejercicio profesional que puedan servir como modelos en otros países. Mediante la integración de los conceptos de salud mental en todos los ámbitos de intervención frente al VIH, los psiquiatras podemos seguir mejorando la calidad asistencial y la calidad de vida de las personas afectadas por esta pandemia global.

*World Psychiatry 2005; 3: 135-141*

## Bibliografía

1. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. [http:// www.unaids.org/en/default.asp](http://www.unaids.org/en/default.asp).
2. Asamoah-Odei E, Garcia-Calleja JM, Boerma T. HIV prevalence and trends in sub-Saharan Africa: no decline and large subregional differences. *Lancet* 2004;364:35-40.
3. McKirnan DJ, Peterson PL. Alcohol and drug use among homosexual men and women: epidemiology and population characteristics. *Addict Behav* 1989;14:545-53.
4. Centers for Disease Control and Prevention. HIV/AIDS surveillance report, 2003, Vol. 15. Atlanta: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, 2004.
5. National AIDS Control Organization. National baseline high risk and bridge population behavioural surveillance survey. Part II: Men who have sex with men and injecting drug users. Delhi: NACO, 2002.

6. Avila MM. Monitoring for HIV-1 infection and other sexually-transmitted infections (STIs) in a cohort of men who have sex with men (MSM) in Buenos Aires, Argentina. Presented at the 15th International AIDS Conference, Bangkok, July 2004.
7. Choi KH, Liu H, Guo Y et al. Emerging HIV-1 epidemic in China in men who have sex with men. *Lancet* 2003;361:2125-6.
8. Centers for Disease Control and Prevention. HIV/AIDS surveillance report, 2002, Vol. 14. Atlanta: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, 2004.
9. Simon PM, Morse EV, Osofsky HJ et al. Psychological characteristics of a sample of male street prostitutes. *Arch Sexual Behav* 1992;21:33-44.
10. El-Bassel N, Schilling RF, Irwin KL et al. Sex trading and psychological distress among women recruited from the streets of Harlem. *Am J Publ Health* 1997;87:66-70.
11. Alegría M, Vera M, Freeman DH et al. HIV infection, risk behaviors and depressive symptoms among Puerto Rican sex workers. *Am J Publ Health* 1994;84:2000-2.
12. Rojanapithayakorn W, Hanenberg R. The 100% condom programme in Thailand. *AIDS* 1996;10:1-7.
13. Elford J, Hart G. If HIV prevention works, why are rates of high-risk sexual behavior increasing among MSM? *AIDS Education & Prevention* 2003;15:294-308.
14. Monitoring the AIDS Pandemic Network. HIV infection and AIDS in the Americas: lessons and challenges for the future. Havana: MAP and Latin American and Caribbean Epidemiologic Network, 2003.
15. Carey MP. Prevention of HIV infection through changes in sexual behavior. *Am J Health Promotion* 1999;14:104-11.
16. Wainberg M, Ashley K. HIV psychiatry and MSM. In: Fernandez F, Ruiz P (eds). *Psychiatric aspects of HIV/AIDS*. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins (in press).
17. Ministry of Health of Brazil. National policy on STDs/AIDS: principles, directions and strategies. Brasilia: Ministry of Health of Brazil, 1999.
18. Fiellin DA. Substance use disorders in HIV-infected patients: impact and new treatment strategies. *Topics in HIV Medicine* 2004;12:77-82.
19. Stoff DM, Mitnick L, Kalichman S. Research issues in the multiple diagnoses of HIV/AIDS, mental illness and substance abuse. *AIDS Care* 2004;16:S1-5.
20. Williams CT, Latkin CA. The role of depressive symptoms in predicting sex with multiple and high-risk partners. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2005;38:69-73.
21. Yun LW, Maravi M, Kobayashi JS et al. Antidepressant treatment improves adherence to antiretroviral therapy among depressed HIV-infected patients. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2005;38:432-8.
22. McKinnon K, Cournos F, Herman R et al. HIV and people with serious and persistent mental illness. In: Citron K, Brouillette MJ, Beckett A (eds). *HIV & psychiatry: a training and resource manual*. London: Cambridge University Press, 2005:138-52.
23. Tharyan P, Ramalingam S, Kannangai R et al. Prevalence of HIV infection in psychiatric patients attending a general hospital in Tamil Nadu, south India. *AIDS Care* 2003;15:197-205.
24. Wagner GJ, Kanouse DE, Koegel P et al. Correlates of HIV antiretroviral adherence in persons with serious mental illness. *AIDS Care* 2004;16:501-6.
25. Goodman LA, Koss MP, Fitzgerald LF et al. Male violence against women. Current research and future directions. *Am Psychol* 1993;48:1054-8.
26. Bartlett JA, Ferrando SJ. Identification and management of neurologic and psychiatric side effects associated with HIV and HAART. [http://www.medscape.com/viewprogram/2960\\_pnt](http://www.medscape.com/viewprogram/2960_pnt).
27. New York State Department of Health AIDS Institute. <http://www.hivguidelines.org>.
28. Breitbart W, Rosenfeld B, Kaim M et al. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of psychostimulants for the treatment of fatigue in ambulatory patients with human immunodeficiency virus disease. *Arch Intern Med* 2001;161:411-20.
29. Rabkin JG, Ferrando SJ, Wagner GJ et al. DHEA treatment for HIV+ patients: effects on mood, androgenic and anabolic parameters. *Psychoneuroendocrinology* 2000;25:53-68.
30. Rabkin JG, Wagner GJ, Rabkin R. Testosterone therapy for human immunodeficiency virus-positive men with and without hypogonadism. *J Clin Psychopharmacol* 1999;19:19-27.
31. Clifford DB for the ACTG 5097 Team. Impact of EFV on neuropsychological performance, mood, and sleep behavior in HIV-positive individuals. Presented at the 2nd International AIDS Society Conference on HIV Pathogenesis and Treatment, Paris, July 2003.

# La terapia de familia del Maudsley en el tratamiento de la anorexia nerviosa del adolescente

DANIEL LE GRANGE

Department of Psychiatry, University of Chicago, Chicago, USA

*La anorexia nerviosa se inicia generalmente en la parte media de la adolescencia y cursa con una morbilidad psiquiátrica y médica considerables. A pesar de ello, son pocos los tratamientos psicológicos que han sido evaluados para su aplicación en este trastorno de carácter debilitante. Una de las intervenciones que implica la participación de los padres del adolescente ha dado lugar a resultados prometedores, especialmente en los pacientes cuya enfermedad tiene una duración breve, es decir, inferior a 3 años. También se ha demostrado que los efectos beneficiosos de esta forma de terapia familiar se mantienen a lo largo de períodos de seguimiento de hasta 5 años. En este artículo se revisan todos los estudios publicados acerca de los tratamientos psicológicos de la anorexia nerviosa del adolescente, tanto los ensayos clínicos realizados con control como las series de casos. En casi todas las formas de tratamiento es necesaria la implicación de los padres. En estos estudios se demuestra que la mayoría de los pacientes, incluso los que presentan cuadros de gravedad máxima, pueden ser tratados con buenos resultados de manera ambulatoria, siempre y cuando los padres participen en el abordaje terapéutico. En esta forma de terapia familiar, los padres son contemplados como un recurso más que como un obstáculo. El optimismo respecto a los resultados prometedores obtenidos hasta el momento se debe contener mientras no se realicen ensayos clínicos de gran envergadura con diseño de asignación aleatoria.*

**Palabras clave:** anorexia nerviosa, adolescencia, terapia familiar

La anorexia nerviosa es una enfermedad grave que influye de manera profunda en la vida de muchas personas y de sus familias. Se inicia generalmente durante la adolescencia y afecta aproximadamente al 2 % de las mujeres jóvenes y al 1 % de los varones (1, 2). La anorexia nerviosa se caracteriza por el hecho de que el paciente realiza esfuerzos persistentes para mantener un peso corporal bajo, a menudo hasta el punto de sufrir una malnutrición grave, y se acompaña de síntomas específicos, que incluyen el temor patológico a la gordura. La realización continua de dietas da lugar a pérdida de peso y amenorrea (3).

En los casos en los que no se revierte la disminución del peso corporal pueden aparecer complicaciones médicas importantes, como bradicardia, edema periférico y osteoporosis (4-6). La anorexia nerviosa también puede dar lugar a otras numerosas complicaciones: interferencia con el desarrollo físico, el crecimiento y la fertilidad (7); cuadros generalizados y esporádicos de atrofia cerebral regional (8); problemas en la actividad social (9, 10); disminución de la autoestima (11), y tasas elevadas de comorbilidad con cuadros de abuso de sustancias y de trastornos del estado de ánimo, de ansiedad y de la personalidad (12, 13).

La evolución de la anorexia nerviosa no suele ser buena. En un estudio que realizó un seguimiento de al menos 4 años desde el inicio de la enfermedad, se consideró que sólo el 44 % de los pacientes se había recuperado (es decir, su peso corporal era inferior al ideal en menos de un 15 %); el 25 % los pacientes continuaba gravemente afectado, y el 5 % había fallecido debido a la enfermedad (14). En otros estudios (15, 16) se han observado tasas de mortalidad de hasta el 20 % en adultos con anorexia nerviosa crónica.

A pesar de que existe un consenso general respecto a la grave morbilidad y mortalidad de la anorexia nerviosa, sólo se han dedicado iniciativas modestas a la evaluación de los tratamientos psicosociales en estos pacientes. Aunque los resultados obtenidos en los pocos estudios publicados sobre adultos con anorexia nerviosa no son concluyentes, actualmente la visión acerca de los adolescentes con anorexia nerviosa es algo más optimista. En los escasos estudios terapéuticos realizados sobre adolescentes con anorexia nerviosa, los padres de los pacientes han participado en el tratamiento, y en la mayoría de ellos se han obtenido resultados positivos. El objetivo de este artículo es evaluar con detalle los estudios realizados sobre adolescentes con anorexia nerviosa y proponer la terapia familiar como un abordaje prometedor en este grupo de pacientes.

## INICIOS DE LA TERAPIA FAMILIAR EN LA ANOREXIA NERVIOSA DEL ADOLESCENTE

La primera iniciativa para incluir a la familia en el tratamiento de los adolescentes con anorexia nerviosa fue realizada por Minuchin et al., de la Child Guidance Clinic en Philadelphia (17, 18). Estos clínicos trataron a 53 pacientes y obtuvieron datos del resultado de la terapia familiar a través del seguimiento de esta cohorte. La mayor parte de los pacientes eran adolescentes con una duración de enfermedad relativamente breve (inferior a 3 años). El tratamiento fue heterogéneo, y la mayor parte de los pacientes fue tratado inicialmente en el ámbito hospitalario, aplicando en algunos casos terapia individual. No obstante, la intervención primaria fue la terapia familiar, y los autores señalaron haber obtenido buenos resultados en aproximadamente el 86 % de los pacientes. Esta elevada tasa de buenos resultados, así como el modelo teórico de la «familia psicósomática» sobre el que se fundamentó gran parte del trabajo de Minuchin, fueron las razones de que Minuchin y sus colaboradores ejercieran finalmente una influencia considerable sobre los abordajes terapéuticos en los adolescentes con anorexia nerviosa (17, 18).

Frente al optimismo creado por los resultados de Minuchin, es necesario señalar la debilidad metodológica de su estudio. Los miembros del equipo terapéutico fueron los mismos que realizaron las evaluaciones de los pacientes, no se establecieron grupos para la comparación de los tratamientos, y el tiempo de seguimiento fue muy variable (de 18 meses a 7 años). Sin embargo, en este estudio no se pretendió realizar un ensayo clínico, y debe ser reconocido por su significación en el tratamiento de la anorexia nerviosa. En consecuencia, los principios teóricos subyacentes y la aplicación clínica del abordaje propuesto por Minuchin han servido como base para la realización de un buen número de estudios con control sobre la terapia familiar, iniciados en el Maudsley Hospital de Londres.

## ESTUDIOS EFECTUADOS CON CONTROL SOBRE LA TERAPIA FAMILIAR EN LOS ADOLESCENTES CON ANOREXIA NERVIOSA

### Estudios del Maudsley

El primer estudio realizado con control sobre los fundamentos del trabajo de Minuchin se llevó a cabo en el Maudsley Hospital de Londres (19, 20). Éste fue un estudio de comparación entre la terapia fa-

miliar ambulatoria y la terapia de apoyo individual, en ambos casos tras un período de hospitalización para el restablecimiento del peso corporal. En este estudio participaron 80 pacientes con anorexia nerviosa pertenecientes a todos los grupos de edad e ingresados de manera consecutiva en el Maudsley Hospital. Uno de los cuatro subgrupos de pacientes (n = 21) estaba constituido por personas jóvenes (edad de inicio de la enfermedad < 18 años; media = 16,6 años) cuya enfermedad tenía una duración breve (< 3 años). Todos los participantes en el estudio fueron hospitalizadas inicialmente (hospitalización media = 10 semanas) para la recuperación del peso corporal, antes de ser distribuidos de manera aleatoria a uno de los dos grupos de tratamiento con seguimiento ambulatorio. Al cabo de un año de tratamiento ambulatorio, el subgrupo de adolescentes presentaba un resultado significativamente mejor con la terapia familiar que con la terapia individual. El 90 % de los participantes asignados al grupo de terapia familiar presentaba una buena evolución al cabo de 5 años, mientras que en el grupo de terapia individual esta cifra era del 36 % (21). Los progresos terapéuticos fueron definidos mediante la Morgan-Russell Outcome Assessment Schedule (22), en el cual la recuperación del peso corporal normal y de la menstruación es indicador de una buena evolución.

La terapia familiar utilizada en este estudio del Maudsley incluía varios aspectos del abordaje de Minuchin, pero difería en diversos aspectos significativos. El más importante de ellos fue el hecho de que Russell et al., a diferencia de Minuchin, animaron a los padres a persistir en sus esfuerzos hasta que el paciente recuperara el peso corporal normal. En el abordaje del Maudsley, las cuestiones generales relativas tanto al adolescente como a su familia se pospusieron hasta tener bajo control el trastorno de la conducta alimentaria.

Desde este trabajo original, el grupo del Maudsley ha realizado dos estudios para comparar formas distintas de terapia familiar en los adolescentes con anorexia nerviosa (23, 24). En ambos estudios se comparó la terapia familiar utilizada en el estudio del Maudsley original en su formato conjunto (terapia familiar conjunta) con una forma de terapia familiar que se denominó terapia familiar separada (SFT, *separated family therapy*). Los objetivos terapéuticos de ambos abordajes fueron similares, y ambos tratamientos se realizaron de manera ambulatoria. Lo más destacado fue el hecho de que ninguno de los pacientes del estudio de Le Grange (24) y sólo el 10 % de los del estudio de Eisler (23) requirió tratamiento hospitalario durante el período de realización del estudio. Se recomendó la hospitalización en los casos en los que el peso corporal no respondía a los esfuerzos de la familia y también en los que el médico responsable del estudio consideraba que existía un riesgo médico si el paciente se mantenía en tratamiento ambulatorio. En conjunto, los resultados obtenidos en ambos estudios fueron similares y, con independencia del tipo de terapia familiar aplicada, aproximadamente el 70 % de los pacientes presentó una evolución buena o intermedia (restablecimiento del peso corporal o recuperación de la menstruación) al final del tratamiento. En una descripción de la terapia familiar del Maudsley (25) se destacó el hecho de que los resultados preliminares obtenidos en un estudio de cohorte con seguimiento durante 5 años efectuado por Eisler (23) muestran una evolución buena, intermedia y mala (falta de recuperación del peso corporal y de la menstruación) en el 75, el 15 y el 10 % de los participantes, respectivamente, con independencia del tipo de terapia familiar utilizado.

El grupo del Maudsley también ha propuesto una forma más intensiva de tratamiento para los pacientes que no responden a la terapia familiar aplicada de manera ambulatoria (26). Junto con un grupo alemán (27), el grupo del Maudsley ha dado los primeros pasos para desarrollar un programa intensivo sobre los adolescentes con anorexia nerviosa y sus familias, denominado terapia multifamiliar de día (*multiple-family day treatment*, MFDT). Este abordaje terapéutico presenta algunas similitudes con la terapia familiar ambulatoria tal como se ha aplicado en los estudios del Maudsley, y su objetivo es facilitar a las familias el descubrimiento de sus propios recursos para

restablecer el peso corporal del adolescente. Se anima a las familias a explorar la relación entre el trastorno de la conducta alimentaria y los patrones de interacción existentes en la propia familia, y la manera en la que dicha relación dificulta el desenvolvimiento normal de la familia. Este programa es muy diferente del de la terapia familiar ambulatoria, pues diversas familias comparten sus experiencias y el programa terapéutico es de gran intensidad (las familias se reúnen durante varios días consecutivos); estas características hacen que ésta sea una experiencia excepcional para las familias. Los creadores de la terapia multifamiliar de día señalan que el énfasis en ayudar a las familias a encontrar sus propias soluciones es en este caso mayor que en el caso de la terapia familiar (26, 27).

Este trabajo sobre la anorexia nerviosa del adolescente está todavía en fase de desarrollo, por lo que en este momento sólo existen resultados de carácter preliminar. Ambos grupos de investigación han observado mejorías sintomáticas notables en varios casos, como el aumento del peso corporal, la recuperación de la menstruación, la reducción de los patrones compulsivos de atracones y vómitos, y la disminución del abuso de laxantes. Todos los padres, así como la mayor parte de los pacientes adolescentes (80 %), han considerado el trabajo conjunto con otras familias en el ámbito del hospital de día como algo «útil» y «deseable», al tiempo que las tasas de abandono del estudio se han mantenido bajas. En particular, los pacientes que han participado en la terapia multifamiliar de día señalaron que este tratamiento fue útil debido a su naturaleza cooperativa y al hecho de compartir ideas con otras familias respecto a la forma de superar las similares situaciones que atravesaban (27, 28).

## El abordaje terapéutico del Maudsley fuera de Reino Unido

Un avance importante que ha tenido lugar desde el trabajo del Maudsley original ha sido la elaboración de un manual sobre terapia familiar que se ha implementado en casi todos los estudios efectuados en Londres (29). Este manual fue desarrollado con el objetivo de reflejar de manera precisa los contenidos y procedimientos de esta forma específica de tratamiento. El primer estudio realizado con control fuera de Reino Unido en el que se utilizó el manual de terapia familiar fue realizado por un grupo de Stanford en California (30). En este estudio participaron 86 adolescentes de 12 a 18 años de edad, que fueron asignados de manera aleatoria a un grupo de terapia familiar aplicada a corto plazo (10 sesiones a lo largo de 6 meses) o a un grupo de terapia familiar aplicada a largo plazo (20 sesiones a lo largo de 12 meses). En un análisis de intención de tratamiento no se observaron diferencias entre ambos grupos. Sin embargo, en un análisis de los resultados efectuado *a posteriori* se señaló que los pacientes que mostraban un comportamiento obsesivo-compulsivo grave respecto a sus trastornos de la conducta alimentaria, o que procedían de familias con antecedentes de este tipo de trastornos, requerían la versión más prolongada de la terapia familiar.

En tres series de casos también se ha utilizado el manual de la terapia familiar. En la primera de ellas, Lock y Le Grange (31) describieron el proceso del abordaje del Maudsley recogido en el manual y evaluaron a 19 adolescentes con anorexia nerviosa que habían participado en el ensayo clínico aleatorizado ya mencionado (30). Estos autores obtuvieron resultados favorables en la mayor parte de los casos. Además, sus resultados señalaron que, mediante el uso del manual de terapia familiar, actualmente es posible un abordaje terapéutico útil que, por lo general, puede ser evaluado tanto en estudios realizados con control como en estudios efectuados sin control. En la segunda serie de casos, Le Grange et al. (32) presentaron los datos anteriores y posteriores al tratamiento correspondientes a 45 adolescentes con anorexia nerviosa tratados mediante un ciclo de terapia familiar, tal como se recoge en el manual. En conjunto, los resultados fueron favorables, puesto que el 89 % de los participantes se recuperó o presentó una mejoría significativa a lo largo del tratamiento ambulatorio durante un período de tiempo relativamente corto (media = 10

meses; número medio de sesiones terapéuticas = 17). La conclusión de estos autores fue que los resultados obtenidos en su serie de casos permiten suponer, de modo preliminar, la idoneidad de la terapia familiar ambulatoria, subrayando el efecto beneficioso de la implicación de los padres en el tratamiento de los adolescentes con anorexia nerviosa. La más reciente de las series de casos en los que se ha utilizado el procedimiento de terapia familiar recogido en el manual consistió en un estudio con diseño abierto realizado sobre 20 adolescentes con anorexia nerviosa; este estudio fue efectuado por Loeb et al. (33), que demostraron una tasa elevada de mantenimiento de los participantes en el estudio y una mejoría significativa de éstos respecto a los parámetros psicopatológicos específicos y asociados.

### Estudios fundamentados en el abordaje del Maudsley

La terapia familiar basada en sistemas de comportamiento (*behavioral systems family therapy*, BSFT), fundamentada en el abordaje terapéutico del Maudsley, ha sido comparada con la terapia individual orientada al yo (*ego-oriented individual treatment*, EOIT) (34, 35). Estos investigadores observaron una mejoría significativa en los síntomas de la anorexia nerviosa al final del tratamiento. Más de las dos terceras partes (67 %) de los pacientes alcanzó el peso corporal objetivo, y el 80 % de las pacientes recuperó la menstruación. Los pacientes siguieron mejorando y, al cabo de 1 año de seguimiento, aproximadamente el 75 % había alcanzado su peso corporal objetivo y el 85 % de las pacientes había recuperado la menstruación. Sin embargo, se observaron diferencias notables entre ambos tratamientos. Los pacientes incluidos en el grupo de terapia familiar basada en sistemas de comportamiento alcanzaron un peso corporal significativamente mayor que los incluidos en el grupo de terapia familiar orientada al yo, tanto al final del tratamiento como durante el seguimiento. De la misma manera, las pacientes tratadas mediante terapia familiar basada en sistemas de comportamiento presentaron una probabilidad significativamente mayor de recuperar la menstruación normal al final del tratamiento, en comparación con las tratadas mediante terapia familiar orientada al yo. Ambos tratamientos dieron lugar a resultados similares en cuanto a la mejoría sobre las actitudes frente a la comida, la depresión y los conflictos familiares relacionados con la comida señalados por los propios participantes. En ninguno de los grupos fue frecuente la existencia de conflictos familiares relacionados con la comida, ni antes ni después del tratamiento. Ambos tratamientos dieron lugar a mejorías comparables en las actitudes respecto a la comida y en la depresión; no obstante, la terapia familiar basada en sistemas de comportamiento indujo una respuesta terapéutica más rápida.

A pesar de que la terapia familiar basada en sistemas de comportamiento estuvo fundamentada en el abordaje terapéutico del Maudsley, presentó respecto a éste varias diferencias importantes aunque poco llamativas. En primer lugar, Robin et al. (35) definieron a los adolescentes que participaron en su estudio como «fuera de control» e incapaces de atender a sus propias necesidades, mientras que se requirió la participación de los padres para implementar un programa de modificación del comportamiento, con el objetivo del incremento del peso corporal. Estos métodos fueron algo distintos de los utilizados en el abordaje del Maudsley, pues los padres debían evaluar al adolescente y (con ayuda del terapeuta) determinar el mejor método para restablecer un peso corporal saludable en su hijo adolescente con anorexia nerviosa. En segundo lugar, Robin et al. (35) ampliaron el objetivo terapéutico incluyendo aspectos cognitivos y problemas en la «estructura familiar» mientras los padres estaban aún a cargo del proceso de realimentación. El abordaje del Maudsley, en cambio, desaconseja introducir elementos «de distracción» hasta que el adolescente no haya recuperado el peso corporal. Tanto la terapia familiar basada en sistemas de comportamiento como el abordaje del Maudsley consideran la reanudación del control de la alimentación por parte del adolescente una vez que éste ha alcanzado su peso corporal objetivo, mientras que en la fase final del tratamiento la discu-

sión se centra sobre aspectos relativos al adolescente, como su individualidad, su sexualidad y su desarrollo laboral o profesional.

### La terapia familiar en el ámbito hospitalario

Sólo se ha publicado un estudio en el que la terapia familiar ha sido aplicada en un ámbito hospitalario. Geist et al. (36) compararon dos formas de tratamiento: terapia familiar frente a la psicoeducación familiar de grupo. Es difícil evaluar los efectos de estas intervenciones, dado que casi la mitad de los abordajes terapéuticos familiares tuvo lugar en el ámbito hospitalario. La mayor parte del incremento del peso corporal registrado (76 %) se obtuvo antes del alta hospitalaria, y con ambas intervenciones familiares se obtuvieron resultados terapéuticos equivalentes. Los autores señalaron que la psicoeducación familiar de grupo es un método igualmente eficaz, aunque más económico, para la implicación de la familia en el tratamiento (36).

### ESTUDIOS SOBRE TERAPIA FAMILIAR EFECTUADOS SIN CONTROL

Desde los trabajos originales de Minuchin (17, 18) y Russell (19, 20), además de las series de casos ya señaladas sólo se han publicado varias series de casos de pequeña envergadura que evaluarán la terapia familiar (37-45). Aunque las muestras evaluadas han sido pequeñas, en todos estos estudios se ha demostrado el valor de la participación de los padres en la recuperación de sus hijos adolescentes con anorexia nerviosa. En conjunto, los resultados obtenidos respaldan la terapia familiar en el tratamiento de la anorexia nerviosa del adolescente, aunque en estos estudios efectuados sin control y sobre muestras de pacientes relativamente pequeñas las conclusiones sólo pueden tener un carácter provisional. No obstante, tomados en conjunto con los resultados obtenidos en el trabajo de Minuchin y en los estudios previos realizados con control, estos resultados preliminares subrayan aún más el valor de la implicación de la familia en el tratamiento de los adolescentes con anorexia nerviosa.

### DISCUSIÓN

En la mayor parte de los estudios efectuados sobre adolescentes con anorexia nerviosa se ha señalado que la terapia familiar es útil en los pacientes jóvenes cuya enfermedad tiene una duración breve, así como el hecho de que en la mayor parte de estos pacientes no es necesaria la hospitalización para lograr la recuperación. En conjunto, el 70 % de los pacientes alcanza un peso corporal saludable al final del tratamiento y, en el caso de las adolescentes, la mayor parte inicia o recupera la menstruación. A los 5 años del tratamiento, el 75-90 % de los pacientes mantiene una situación de recuperación plena, y el porcentaje de los que permanecen en una situación de enfermedad grave no es superior al 10-15 % (23-25).

La implicación de los padres en el tratamiento de sus hijos con anorexia nerviosa parece una medida útil, aunque las conclusiones obtenidas hasta el momento sólo son provisionales. La terapia familiar obliga a que los padres adopten un papel activo en el restablecimiento del peso corporal de sus hijos adolescentes y, hasta el momento, parece tener algunas ventajas sobre la actitud terapéutica más «habitual» consistente en ofrecer consejos a los padres; en la terapia familiar los padres se deben implicar brindando sostén y adoptando una actitud comprensiva hacia su hijo, aunque se los anima a que adquieran una cierta distancia o perspectiva respecto al problema alimentario que sufre el joven. No obstante, hay muchos aspectos relativos a la eficacia de la terapia familiar que todavía no han sido abordados. Por ejemplo, dada la escasez actual de datos, no está claro cuál es la mejor forma de implicación de los padres en el tratamiento ni en qué medida su participación es imprescindible. Tanto Eisler et

al. (23) como Le Grange et al. (24) han señalado que la terapia familiar conjunta representa una ventaja respecto al formato separado de este abordaje terapéutico, al abordar simultánea y relacionadamente los aspectos psicológicos de la familia y los del individuo. No obstante, la terapia familiar conjunta puede presentar desventajas en las familias en las que existe un grado elevado de hostilidad o crítica hacia el adolescente con anorexia nerviosa. La participación de estas familias en el abordaje terapéutico puede conllevar una gran dificultad (46, 47), sobre todo en los momentos en los que todo el grupo familiar participa en una sesión. Esta dificultad respecto a la participación de la familia se puede asociar a sentimientos de culpa y vergüenza por parte de los padres, que se incrementan a consecuencia de las críticas o enfrentamientos que tienen lugar durante las sesiones familiares (48). Por otra parte, parece posible que la aplicación de la terapia familiar en el formato recogido en el manual pueda reducir las actitudes críticas de los padres, potenciando así su compromiso en el tratamiento (31, 32).

Si bien la evidencia actual es limitada, la terapia familiar parece ser el tratamiento de elección en la anorexia nerviosa del adolescente. No obstante, esta aseveración debe tener en cuenta la inexistencia de estudios de investigación sobre otros tratamientos frente a la anorexia nerviosa. Por ejemplo, la terapia familiar orientada al yo ha dado lugar también a resultados prometedores, pero hasta el momento sólo ha sido evaluada en un estudio realizado con control (35). Además, la terapia familiar conjunta y los tratamientos psicodinámicos han sido descritos en la bibliografía para el abordaje terapéutico de la anorexia nerviosa (49, 50), pero no han sido evaluados de manera sistemática, y se desconocen sus ventajas relativas en comparación con la terapia familiar. De la misma manera, la terapia multifamiliar de día (27) es un nuevo y prometedor avance, a pesar de que hasta el momento no hay pruebas de su eficacia obtenidas de manera sistemática. No obstante, el grupo del Maudsley está evaluando actualmente la posible eficacia de este tratamiento intensivo a través de estudios con diseño adecuado. Otro aspecto que requiere una atención mayor es la comprensión de la eficacia relativa del tratamiento hospitalario en comparación con la psicoterapia ambulatoria, especialmente en el abordaje de la anorexia nerviosa del adolescente. Gowers et al. han iniciado en Reino Unido el estudio de esta cuestión (51).

A pesar de que nuestros conocimientos respecto al tratamiento más adecuado de la anorexia nerviosa del adolescente están limitados por la escasez y la falta de potencia estadística de los estudios realizados hasta el momento, a lo largo de los últimos años se han efectuado algunos avances prometedores. Posiblemente, el más útil de estos avances haya sido la publicación de la terapia familiar del Maudsley en forma de un manual (29). Con este manual, el trabajo pionero del grupo del Maudsley puede empezar a ser conocido y reproducido fuera de su país de origen. Concretamente, la terapia familiar se está empezando a utilizar con cierto entusiasmo en Estados Unidos para el tratamiento de la anorexia nerviosa del adolescente (31-33). Por otra parte, también poseemos más información sobre la intensidad con la que se debe implementar la terapia familiar con objeto de obtener el efecto beneficioso máximo mediante esta intervención. A diferencia de lo que se suele suponer, la mayor parte de los pacientes jóvenes pueden conseguir un beneficio terapéutico a través de una terapia familiar ambulatoria relativamente breve (30). Finalmente, la eficacia relativa de la terapia familiar sólo se puede establecer a través de un ensayo clínico efectuado con asignación aleatoria y control, cuyo diseño contemple una potencia estadística suficiente y cuyo desarrollo se realice de manera rigurosa. Este tipo de estudios se está realizando actualmente de manera multicéntrica en Chicago y Stanford, en Estados Unidos.

En conclusión, a pesar de los numerosos obstáculos, la terapia familiar se ha establecido gradualmente a lo largo de los 25 últimos años como un abordaje terapéutico importante frente a la anorexia nerviosa del adolescente. Este tratamiento ambulatorio de la anorexia nerviosa del adolescente ha representado una contribución destacada a la evolución de los abordajes terapéuticos para el tratamiento de la enfermedad. Sin embargo, existe la urgente necesidad de efectuar nue-

vos estudios con asignación aleatoria y control, para establecer la verdadera significación del papel que puede desempeñar la familia en el tratamiento de la anorexia nerviosa.

## Agradecimientos

El autor ha recibido financiación económica del National Institute of Mental Health, Estados Unidos (RO1 MH070620).

*World Psychiatry* 2005; 3: 142-146

## Bibliografía

1. Hoek HW, van Hoeken D. Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *Int J Eat Disord* 2003;34:383-96.
2. Woodside DB, Garfinkel PE, Lin E et al. Comparisons of men with full or partial eating disorders, men without eating disorders, and women with eating disorders in the community. *Am J Psychiatry* 2001;158:570-4.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed. Washington: American Psychiatric Association, 1994.
4. Katzman DL. Osteoporosis in anorexia nervosa: a brittle future? *Current Drug Targets - CNS & Neurological Disorders* 2003;2: 11-5.
5. Kreipe RE, Goldstein B, DeKing DE et al. Heart rate power spectrum analysis of autonomic dysfunction in adolescents with anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 1994;16:159-65.
6. Winston AP, Stafford PJ. Cardiovascular effects of anorexia nervosa. *Eur Eat Disord Rev* 2000;8:117-25.
7. Zipfel S, Lowe B, Herzog W. Medical complications. In: Treasure J, Schmidt U (eds). *Handbook of eating disorders*. Chichester: Wiley, 2003:191-206.
8. Katzman DL, Christensen B, Young AR et al. Starving the brain: structural abnormalities and cognitive impairment in adolescents with anorexia nervosa. *Seminars in Clinical Neuropsychiatry* 2001;6:146-52.
9. Flament MF, Godart NT, Fermanian J et al. Predictive factors of social disability in patients with eating disorders. *Eating & Weight Disorders* 2001;6:99-106.
10. Rorty M, Yager J, Buckwalter J et al. Social support, social adjustment, and recovery status in bulimia nervosa. *Int J Eat Disord* 1999;26:1-12.
11. Beumont P. The mental health of young people in Australia: report by the National Mental Health Strategy. *Aust N Zeal J Psychiatry* 2002;36:141.
12. Grilo CM, Becker DF, Walker ML et al. Gender differences in personality disorders in psychiatrically hospitalized young adults. *J Nerv Ment Dis* 1996;184:754-7.
13. Wonderlich SA, Mitchell JE. Eating disorders and comorbidity: empirical, conceptual, and clinical implications. *Psychopharmacol Bull* 1997;33:381-90.
14. Steinhausen HC, Boyadjieva S, Griegotiu-Serbanescu M et al. The outcome of adolescent eating disorders. Findings from an international collaborative study. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2003;12(Suppl. 1):91-8.
15. Ratnasuriya RH, Eisler I, Szmukler GI et al. Anorexia nervosa: outcome and prognostic factors after 20 years. *Br J Psychiatry* 1991;158:495-502.
16. Sullivan PF. Mortality in anorexia nervosa. *Am J Psychiatry* 1995;152:1073-4.
17. Minuchin S, Baker L, Rosman BL et al. A conceptual model of psychosomatic illness in childhood. *Arch Gen Psychiatry* 1975; 32:1031-8.
18. Minuchin S, Rosman BL, Baker L. *Psychosomatic families: anorexia nervosa in context*. Cambridge: Harvard University Press, 1978.

19. Russell GFM, Szmulker GI, Dare C et al. An evaluation of family therapy in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 1987;44:1047-56.
20. Dare C, Eisler I, Russell GFM et al. Family therapy for anorexia nervosa: implications from the results of a controlled trial of family and individual therapy. *J Marital Family Therapy* 1990;16:39-57.
21. Eisler I, Dare C, Russell GFM et al. Family and individual therapy in anorexia nervosa. A 5-year follow-up. *Arch Gen Psychiatry* 1997;54:1025-30.
22. Morgan HG, Hayward AE. Clinical assessment of anorexia nervosa: the Morgan-Russell Outcome Assessment Schedule. *Br J Psychiatry* 1988;152:367-71.
23. Eisler I, Dare C, Hodes M et al. Family therapy for adolescent anorexia nervosa: the results of a controlled comparison of two family interventions. *J Child Psychol Psychiatry* 2000;41:727-36.
24. Le Grange D, Eisler I, Dare C et al. Evaluation of family therapy in anorexia nervosa: a pilot study. *Int J Eat Disord* 1992;12:347-57.
25. Eisler I, Le Grange D, Asen KE. Family interventions. In: Treasure J, Schmidt U, van Furth E (eds). *Handbook of eating disorders*, 2nd ed. Chichester: Wiley, 2003:291-310.
26. Dare C, Eisler I. A multi-family group day treatment programme for adolescent eating disorder. *Eur Eat Disord Rev* 2000;8:4-18.
27. Scholz M, Asen KE. Multiple family therapy with eating disordered adolescents. *Eur Eat Disord Rev* 2001;9:33-42.
28. Lim C. A pilot study of families' experiences of a multi-family group day treatment programme. MSc Dissertation, Institute of Psychiatry, Kings College, University of London, 2000.
29. Lock J, Le Grange D, Agras WS et al. *Treatment manual for anorexia nervosa. A family-based approach*. New York: Guilford, 2001.
30. Lock J, Agras WS, Bryson S et al. A comparison of short versus long-term family therapy for adolescent anorexia nervosa. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* (in press).
31. Lock J, Le Grange D. Can family-based treatment of anorexia nervosa be manualized? *J Psychother Pract Res* 2001;10:253-61.
32. Le Grange D, Binford R, Loeb K. Manualized family-based treatment for anorexia nervosa: a case series. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2005;44:41-6.
33. Loeb K, Walsh BT, Lock J et al. Open trial of family treatment for adolescent anorexia nervosa. Unpublished manuscript, 2005.
34. Robin AL, Siegel PT, Koepke T et al. Family therapy versus individual therapy for adolescent females with anorexia nervosa. *J Develop Behav Pediatrics* 1994;15:111-6.
35. Robin AL, Siegel PT, Moye A et al. A controlled comparison of family versus individual therapy for adolescents with anorexia nervosa. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999;38:1482-9.
36. Geist R, Heineman M, Stephens D et al. Comparison of family therapy and family group psychoeducation in adolescents with anorexia nervosa. *Can J Psychiatry* 2000;45:173-8.
37. Dare C. Family therapy for families containing an anorectic youngster. In: *Understanding anorexia nervosa and bulimia*. Columbus: Ross Laboratories, 1983:28-37.
38. Herscovici CR, Bay L. Favourable outcome for anorexia nervosa patients treated in Argentina with a family approach. *Eat Disord J Treat Prev* 1996;4:59-66.
39. Le Grange D, Gelman T. Patients' perspective of treatment in eating disorders: a preliminary study. *S Afr J Psychol* 1988;28:182-6.
40. Martin FE. The treatment and outcome of anorexia nervosa in adolescents: a prospective study and five year follow-up. *J Psychiatr Res* 1984;19:509-14.
41. Mayer RD. Family therapy in the treatment of eating disorders in general practice. MSc Dissertation, Birkbeck College, University of London, 1994.
42. Rhodes P, Madden S. Scientific family therapists, post-modern medical practitioners, and expert parents. Second order change in the Eating Disorders Program at the Children's Hospital at Westmead. *Aust N Zeal J Fam Ther* (in press).
43. Stierlin H, Weber G. Anorexia nervosa: lessons from a follow-up study. *Family Systems Medicine* 1988;7:120-57.
44. Stierlin H, Weber G. *Unlocking the family door*. New York: Brunner/Mazel, 1989.
45. Wallin U, Kronwall P. Anorexia nervosa in teenagers: change in family function after family therapy at 2-year follow-up. *Nord J Psychiatry* 2002;56:363-9.
46. Le Grange D, Eisler I, Dare C et al. Family criticism and self-starvation: a study of Expressed Emotion. *J Fam Ther* 1992;14:177-92.
47. Szmulker GI, Eisler I, Russell GFM et al. Anorexia nervosa, parental Expressed Emotion and dropping out of treatment. *Br J Psychiatry* 1985;147:265-71.
48. Squire-Dehouck B. Evaluation of conjoint family therapy vs. family counseling in adolescent anorexia nervosa patients: a 2-year follow-up study. MSc Thesis, University of London, 1993.
49. Bowers WA, Evans K, Le Grange D et al. Treatment of adolescent eating disorders. In: Reinecke MA, Dattilio FM, Freeman A (eds). *Cognitive therapy with children and adolescents: a casebook for clinical practice*, 2nd ed. New York: Guilford, 2003:247-80.
50. Jeammet P, Chabert C. A psychoanalytic approach to eating disorders: the role of dependency. In: Esman AH (ed). *Adolescent psychiatry: developmental and clinical studies*, Vol. 22. Hillsdale: Analytic Press, 1998:59-84.
51. Gowers SG, Smyth B. The impact of a motivational assessment interview on initial response to treatment in adolescent anorexia nervosa. *Eur Eat Disord Rev* 2004;12:87-93.

# Psiquiatría infantil y del adolescente en el contexto mundial: una revisión

HELMUT REMSCHMIDT<sup>1</sup>, MYRON BELFER<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Department of Child and Adolescent Psychiatry and Psychotherapy, Philipps-University, Marburg, Germany

<sup>2</sup>Department of Social Medicine, Harvard Medical School, Boston, USA

*La magnitud de los problemas de la salud mental en los niños y los adolescentes no ha sido tomada en cuenta de manera suficiente por muchos gobiernos y especialistas en política sanitaria. En este artículo se revisan las características epidemiológicas de estos problemas, con el objetivo de que puedan servir para la planificación de los servicios; la situación de los servicios de salud mental dirigidos hacia los niños y los adolescentes en las diferentes regiones del mundo; los principios y las estrategias de intervención frente a los trastornos psiquiátricos de los niños y los adolescentes, y el papel que desempeñan las organizaciones internacionales y los grupos de defensa o ayuda. La conclusión es que ya no deben sostenerse los viejos mitos, tratamientos y posturas políticas, y que actualmente tenemos la oportunidad de desarrollar e implementar intervenciones basadas en la evidencia, programas de formación modernos e iniciativas políticas eficaces.*

**Palabras clave:** niños, adolescentes, asistencia psiquiátrica, sistemas asistenciales, intervenciones globales

Los niños y los adolescentes deben ser respetados como seres humanos que poseen derechos claramente definidos. Estos derechos, así como las normas que deben cumplir todos los gobiernos respecto a su implementación, están claramente articulados en la Convención sobre los Derechos del Niño de Naciones Unidas (ONU). Esta Convención es aplicable a los niños que viven en cualquier país y cultura y es especialmente pertinente para los niños que viven en condiciones de adversidad. Hay dos documentos adicionales que se deben mencionar en relación con esta Convención: el Protocolo sobre la implicación de los niños en los conflictos armados y el Protocolo sobre la venta de niños, la prostitución infantil y la pornografía infantil. Todos estos documentos ofrecen información detallada respecto a los derechos humanos de los niños, los adolescentes y sus familias.

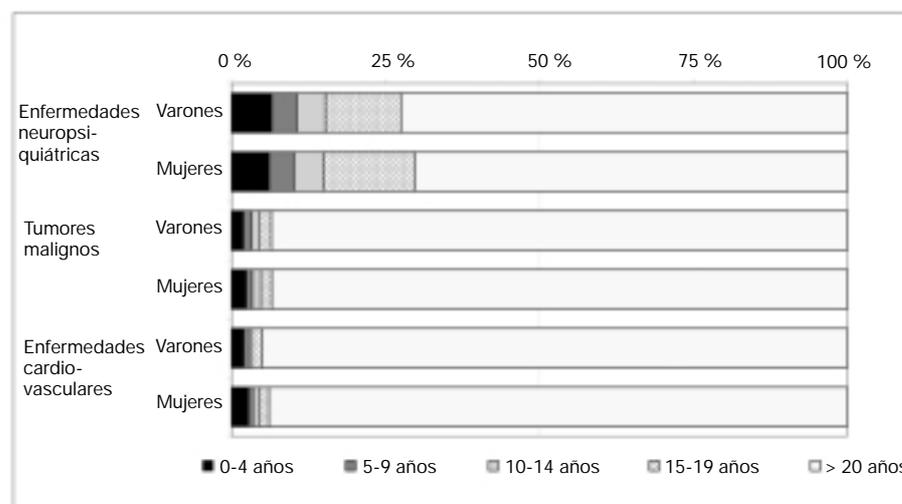
En el artículo 3, párrafo 3, la Convención sobre los Derechos del Niño de la ONU se señala: «Los Estados Partes deben garantizar que las instituciones, los servicios y los organismos responsables de la asistencia y la protección de los niños se ajusten a las normas establecidas por las autoridades competentes, especialmente en las áreas de seguridad y salud, en cuanto al número y la capacitación de los profesionales que atienden dichos servicios, y a una adecuada supervisión».

Los niños con problemas de salud mental son beneficiarios de las garantías recogidas en la Convención, tal como se señala en el párrafo citado. Sin embargo, esto no es lo que ocurre en muchas partes del mundo. La magnitud de los problemas de la salud mental todavía no ha sido reconocida de manera suficiente por muchos gobiernos o expertos en política sanitaria. Estos problemas de la salud mental incluyen no solamente los trastornos mentales bien definidos sino también los problemas mentales que presentan los niños que sufren explotación laboral o se-

xual, los niños huérfanos a causa del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o los niños forzados a la emigración debido a razones económicas o políticas (1). La magnitud de estos problemas es cada vez mayor, y actualmente hay información suficiente para su cuantificación. Se ha estimado que en 26 países africanos el número de niños huérfanos por cualquier razón presentará un incremento superior al 100 % en el año 2010, y en el 68 % de estos casos la orfandad de los niños será consecuencia del SIDA. En el año 2010 habrá 14 millones de niños residentes en 23 países en vías de desarrollo que serán huérfanos de uno o ambos progenitores (2).

Un porcentaje desproporcionadamente elevado del «problema de la enfermedad», según lo señalado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) corresponde a la categoría de «enfermedades neuropsiquiátricas en los niños y los adolescentes», tal

como se puede observar en la figura 1. La estimación de los años de vida ajustados por discapacidad (DALY, *disability-adjusted life years*) representa realmente una valoración insuficiente del problema causado por estos trastornos, tal como el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), los trastornos del comportamiento, los trastornos del aprendizaje, los trastornos del estado de ánimo, el trastorno generalizado del desarrollo y el retraso mental (3). En el informe de la OMS «Asistencia de los niños y adolescentes con trastornos mentales» («*Caring for Children and Adolescents with Mental Disorders*») (1) se subraya que: a) hasta el 20 % de los niños y adolescentes del mundo sufre alguna enfermedad mental discapacitante (4); b) en todo el mundo, el suicidio es la tercera causa de muerte entre los adolescentes (5); c) a través de los diversos países, el trastorno de depresión mayor tiene frecuentemente su ini-



**Figura 1** Porcentaje del problema causado por distintas enfermedades cuantificado en años de vida ajustados por discapacidad atribuibles a las diversas enfermedades, según la edad y el sexo, durante el año 2000 (según la Organización Mundial de la Salud [1]).

cio durante la adolescencia y se asocia a una deficiencia psicosocial y a un riesgo de suicidio considerables (6); *d*) los trastornos del comportamiento tienden a persistir hasta la adolescencia y la etapa adulta, y se asocian a menudo a delincuencia, comisión de delitos por los adultos y comportamiento antisocial, así como a problemas conyugales, situación de paro laboral y deficiente estado de salud física (7).

En la actualidad es posible calcular el coste de los diversos trastornos mentales. Leibson et al. (8) señalaron que a lo largo de un período de 9 años los costes médicos medios de la asistencia a los niños con TDAH fueron de 4.306 dólares estadounidenses, frente a 1.944 dólares estadounidenses para los niños sin TDAH. Estos datos indican que: *a*) los trastornos mentales que afectan a los niños representan un problema de gran magnitud para los propios niños, sus familias y la sociedad, y *b*) es necesario un marco de derechos para que los niños reciban la asistencia y los tratamientos adecuados y de calidad suficiente.

## LA EPIDEMIOLOGÍA COMO FUNDAMENTO PARA LA PLANIFICACIÓN DE LOS SERVICIOS

Los datos epidemiológicos son importantes para el desarrollo de la legislación y de los programas que permitan mejorar la

salud mental de los niños y los adolescentes. La investigación epidemiológica puede ofrecer respuestas a las preguntas siguientes (9): *a*) ¿cuántos niños y adolescentes que residen en la comunidad sufren problemas de salud mental?, *b*) ¿cuántos niños y adolescentes utilizan los servicios de salud mental?, *c*) ¿cuál es la distribución de los problemas y los servicios de salud mental en los distintos grupos de pacientes según la edad, el sexo y el origen étnico?, *d*) ¿hay tendencias históricas respecto a la frecuencia de los problemas de salud mental que sufren los niños y los adolescentes?, *e*) ¿cuál es la evolución de los problemas de salud mental desde la niñez hasta la edad adulta?, *f*) ¿qué factores etiológicos pueden identificarse para diseñar programas preventivos y terapéuticos?, *g*) ¿cuál es la rentabilidad económica de los servicios de salud mental dirigidos hacia los niños y los adolescentes? y *h*) ¿cuáles son los resultados que se han obtenido en los niños y adolescentes que han recibido servicios de salud mental? Las respuestas a estas preguntas se pueden utilizar como una base firme para la planificación y la implementación de los distintos servicios.

Los índices de prevalencia en un período de 6 meses correspondientes al padecimiento de cualquier trastorno mental en la población general (en niños y adolescentes de ambos sexos) son los siguientes: 16,3 %, en niños de 8 años; 17,8 %, en niños de 13 años; 16 %, en jóvenes de 18 años, y 18,4 % en jóvenes de 25 años de

edad. Si tomamos en cuenta alguna medida de la gravedad de la enfermedad, los trastornos más graves presentan una incidencia que oscila entre el 4,2 % en los niños de 8 años de edad y el 6,3 % en los jóvenes de 25 años (10). La tabla 1 ofrece una perspectiva general de la prevalencia de los trastornos mentales en la población general, referida a cinco grupos clasificados según las características del desarrollo y la evolución de la enfermedad (11, 12).

Estos datos epidemiológicos, que están basados en estudios efectuados en Europa y en Estados Unidos, pueden ser utilizados para la planificación de los servicios de salud mental en estas regiones del mundo. Sin embargo, pueden no ser aplicables para la planificación de los servicios de salud mental en otras partes del mundo, debido a que es importante que los expertos que realizan la planificación posean datos que sean localmente significativos y culturalmente específicos.

## SISTEMAS ASISTENCIALES: UNA PERSPECTIVA GLOBAL

Un sistema asistencial implica la existencia de una gama de servicios que van desde los más restringidos (los fundamentados en la comunidad y en la familia) hasta los menos restringidos (los hospitalarios). El concepto de «sistema» no implica necesariamente una orientación teórica concreta ni tampoco indica los tratamientos que se deben utilizar. La implementación de un sistema también puede carecer de uniformidad, según cuál sea su ámbito específico. El área geográfica cubierta por un «sistema» puede ser tan pequeña como una comunidad local o tan grande como una ciudad metropolitana o un país entero. En un sistema, se supone que hay alguna forma de facilidad para la transferencia del paciente entre los distintos componentes de una red asistencial continua. La implementación de esta facilidad de flujo entre los distintos componentes de un sistema, así como de una buena comunicación entre ellos, es una tarea difícil.

### Sistemas asistenciales en Europa

Los sistemas asistenciales europeos están fundamentados en gran medida en el desarrollo de la psiquiatría infantil y del adolescente como especialidad médica. La psiquiatría infantil y del adolescente hunde sus raíces en las disciplinas de la neurología, la psiquiatría, la pediatría y la psicología, entre otras. Los especialistas que trabajan en estas áreas han aprendido durante los últimos decenios que la colaboración interdisciplinaria es una necesidad absoluta para el progreso científico y clínico. El número de psiquiatras infantiles, así como el de otros profesionales implicados en la salud mental

**Tabla 1** Prevalencia de los trastornos mentales en niños y adolescentes, según datos obtenidos en estudios de población efectuados en Europa y Estados Unidos (tomados de 11, 12)

<b>Trastornos de inicio temprano con secuelas prolongadas</b>	
Retraso mental, 2 %	Autismo, ~ 0,5 %
Autismo atípico, 1,1 %	Trastorno del lenguaje receptivo, 2-3 %
Trastorno del lenguaje expresivo, 3-4 %	Dislexia, 4,5 %
<b>Trastornos del desarrollo</b>	
Trastornos del desarrollo motor, 1,5 %	Enuresis nocturna (en los niños de más de 9 años de edad), 4,5 %
Encopresis (en los niños de más de 7 años de edad), 1,5 %	Trastorno negativista desafiante, aproximadamente 6 %
<b>Trastornos de inicio a una edad específica</b>	
Mutismo (en los niños de más de 7 años de edad), 0,8 %	Tartamudeo, 1 %
Fobias específicas, 3,5 %	Trastorno obsesivo-compulsivo, 1-3,5 %
Anorexia nerviosa, 0,5-0,8 %	
<b>Trastornos de interacción dependientes del desarrollo</b>	
Trastorno de alimentación (a los 2 años de edad), 3,0 %	Abuso físico y negligencia, aproximadamente 1,5 %
Rivalidad con los hermanos (en los niños de más de 8 años de edad), 14 %	
<b>Trastornos de tipo adulto con inicio temprano</b>	
Episodio depresivo, 2-4 %	Agorafobia, 0,7-2,6 %
Trastorno de angustia (en los adolescentes), 0,4-0,8 %	Trastornos somatomorfos, 0,8-1,1 %
Esquizofrenia (en los adolescentes), 0,1-0,4 %	Trastorno bipolar (en los adolescentes), < 0,4 %
Abuso del alcohol (en los adolescentes), ~ 10 %	Dependencia del alcohol (en los adolescentes) 4-6 %
Trastornos de la personalidad (en los jóvenes de más de 18 años de edad), ~ 1 %	

**Tabla 2** Tipos de servicios de salud mental infantil y del adolescente existentes en la mayor parte de los países europeos

#### Servicios ambulatorios

- Psiquiatras infantiles y del adolescente en la práctica privada
- Psicoterapeutas analíticos infantiles y del adolescente en la práctica privada
- Departamentos ambulatorios en los hospitales
- Servicios psiquiátricos infantiles en los organismos públicos de salud
- Consultorios de orientación infantil y servicios de orientación (*counseling*) familiar
- Centros de intervención temprana, servicios pediátricos sociales

#### Servicios de día

- Consultorios de día (dos tipos: integrados en los ámbitos hospitalarios o independientes)
- Centros terapéuticos de noche

#### Servicios hospitalarios

- Servicios hospitalarios en hospitales universitarios
- Servicios hospitalarios en hospitales psiquiátricos estatales
- Servicios hospitalarios en hospitales comunitarios generales o en hospitales pediátricos

#### Servicios complementarios

- Servicios de rehabilitación para grupos especiales (p. ej., niños con traumatismo craneoencefálico grave, epilepsia)
- Distintos tipos de residencias
- Centros de acogida para adolescentes

infantil, ha aumentado de manera espectacular a lo largo de los últimos decenios en casi todos los países europeos. Sin embargo, la situación en los distintos países presenta grandes variaciones no sólo con respecto al número de psiquiatras infantiles sino también en cuanto a la organización de los departamentos y servicios y en relación con la investigación, la formación y la educación médica continuada que tienen lugar en ellos.

Dado que el desarrollo de los servicios en Europa puede ser considerado un modelo que puede repetirse en otras partes del mundo, puede concluirse lo siguiente: *a)* el objetivo principal del servicio sanitario ya no es la asistencia hospitalaria sino la asistencia ambulatoria, la asistencia de día y los servicios comunitarios complementarios (tabla 2); *b)* los servicios especializados que son necesarios en diversos trastornos concretos son ofrecidos por personal altamente cualificado a través de programas terapéuticos de carácter pragmático, efectivo y eficiente; *c)* es necesario realizar la evaluación de los programas; *d)* la práctica privada de la psiquiatría infantil y del adolescente varía en cada país, según las circunstancias locales; *e)* la coordinación de los distintos servicios es a menudo insuficiente, lo que representa un obstáculo para los pacientes y un problema que dificulta la aplicación de intervenciones terapéuticas efectivas.

La sección de psiquiatría infantil y del adolescente (*Section of Child and Adolescent Psychiatry*) de la Unión Europea de Médicos Especialistas (*Union of European Medical Specialists*, UEMS) ha desarrollado un protocolo para la creación de programas formativos dirigidos a los psiquiatras que trabajan con niños y adolescentes. Este programa ha sido introducido en varios países de la Unión Europea y puede servir como modelo global. En di-

cho programa se identifican los requerimientos específicos y se ofrecen directrices para el control y la garantía de la calidad.

#### Sistemas asistenciales en Norteamérica

Tras un largo período de desarrollo fragmentado de los servicios, el gobierno federal estadounidense puso en marcha un programa de sistemas asistenciales para el niño y el adolescente (*Child and Adolescent Service System Program*, CASSP), que fue establecido en 1984 (13) y que fue apoyado adicionalmente por el programa *Mental Health Service Program for Youth* (MHSPY) de la Robert Wood Johnson Foundation (14). Las iniciativas de mayor éxito en este conjunto fueron las que estuvieron basadas en los denominados principios CASSP (13).

Según Grimes (14), es posible distinguir cuatro fases en el desarrollo de los servicios asistenciales de salud mental dirigidos hacia los niños y los adolescentes: *a)* la infraestructura (el desarrollo de una coordinación y comunicación mejores entre los productores de los servicios, así como la potenciación de una toma de conciencia institucional respecto a la necesidad de una infraestructura de carácter responsable en el seno de la comunidad); *b)* el desarrollo (la creación y la aplicación de los medios necesarios para identificar las necesidades según una serie de parámetros vitales, así como la sustitución del énfasis sobre las carencias por el énfasis sobre las capacidades que poseen tanto los niños como sus familias, con objeto de diseñar las intervenciones necesarias); *c)* la financiación armonizada y la dirección compartida (establecimiento de un consorcio de entidades financiadoras privadas y públicas que per-

mita acometer un programa asistencial global que incluya una evaluación adecuada de los parámetros de eficacia y de rentabilidad económica); *d)* la asistencia integrada (la integración de la asistencia en salud mental con la ofrecida por el resto de los sistemas asistenciales: médico, social y educativo).

#### Sistemas asistenciales en Sudamérica

No hay datos suficientes para describir de manera apropiada los sistemas asistenciales existentes en Sudamérica. La situación es diferente en cada país. En algunos centros universitarios y en diversas clínicas y hospitales privados se ofrecen servicios excelentes. Muy a menudo, los servicios asistenciales son prácticamente inexistentes fuera de las áreas urbanas. Según las directrices de la OMS, debe haber al menos dos psiquiatras infantiles con dedicación completa por cada 60.000 niños. Sudamérica no parece satisfacer este requisito pero, en algunos casos la razón es una distribución inadecuada de los recursos. El número estimado de psiquiatras infantiles en Venezuela era de 51 en 1997 y en Chile, de 85 en 2003 (15).

#### Sistemas asistenciales en Asia

Hong et al. (16) han estudiado los sistemas asistenciales en China, Japón, Corea y Filipinas. En todos estos países existe una preocupación especial por el desarrollo de los servicios de salud mental infantil y de otros aspectos relacionados, pero la situación y el desarrollo de la psiquiatría infantil (servicios de salud mental) en la región asiática presenta algunas características negativas comunes: *a)* muchos países se enfrentan todavía a problemas graves de salud general e incluso de supervivencia de las personas; *b)* la psiquiatría infantil es una subespecialidad incipiente en muchos de estos países; *c)* la mayoría de los trastornos recogidos en las clasificaciones DSM-IV y CIE-10 también se presentan en los países asiáticos, aunque es necesaria una consideración más detallada de los distintos aspectos culturales; *d)* la fragmentación del sistema familiar tradicional y la disminución del número de niños son problemas a los que se enfrentan los sistemas de salud mental; *e)* los movimientos civiles que luchan por los derechos laborales de las mujeres y por la igualdad de derechos entre hombres y mujeres están adquiriendo un poder cada vez mayor; *f)* las prácticas de la crianza de los hijos presentan grandes variaciones y algunas de ellas actualmente son consideradas inapropiadas; los profesionales ofrecen consejos confusos y a menudo contradictorios respecto a la crianza de los hijos y al control de su comportamiento; *g)* los métodos de intervención sobre la salud mental son limitados.

En la región asiática, las organizaciones de psiquiatría infantil nacionales e internacionales se han establecido desde hace sólo unos pocos años. La Asian Society of Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions (ASCAPAP) se fundó en 1996.

### Sistemas asistenciales en Australia

El enorme tamaño de Australia y su elevado segmento de población no urbana requieren el desarrollo de servicios de carácter innovador. Los principales problemas de la asistencia sobre salud mental en niños y adolescentes son (17): *a*) la financiación insuficiente de los servicios de salud mental públicos; *b*) la resistencia de los adolescentes al uso de los servicios de salud mental; *c*) la separación irracional entre los servicios de salud mental y los correspondientes a los cuadros de abuso del alcohol o de sustancias; *d*) la desastrosa situación de salud mental en las poblaciones minoritarias (familias aborígenes); *e*) la falta de conocimiento de las necesidades de los niños pertenecientes a familias inmigrantes; *f*) la formación inadecuada de muchos profesionales de la salud mental distintos de los psiquiatras; *g*) la prevalencia relativamente elevada de suicidio entre los adolescentes; *h*) las grandes distancias geográficas existentes entre los pacientes que viven en el ámbito rural y los servicios de salud mental urbanos; *i*) la escasez de servicios de urgencia, de residencias, de hospitales de día y de servicios domiciliarios; *j*) la falta de coordinación entre los servicios; *k*) la falta de financiación de los programas preventivos; *l*) la elevada prevalencia del trastorno generalizado del comportamiento, de los cuadros de ansiedad/depresión, de los trastornos de la conducta alimentaria y de los trastornos del espectro traumático, y *m*) la necesidad de sistemas de evaluación de la calidad y efectividad de los servicios. En Australia se han efectuado estudios de investigación importantes en el campo de la salud mental infantil y también se han implementado programas preventivos y terapéuticos eficaces.

### Sistemas asistenciales en África

Las necesidades básicas de nutrición, agua y saneamiento constituyen los problemas principales en África, un continente en el que la mitad de la población está representada por niños (18). En muchos países africanos existen circunstancias tremendamente difíciles que afectan a la mayor parte de los derechos básicos de los niños (19), tales como: *a*) los conflictos armados y el reclutamiento obligatorio de los niños para la participación en ellos; *b*) las situaciones de abuso y prostitución infantiles y de tráfico de niños, los niños sin hogar obligados a trabajar como esclavos, la pandemia del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH/SIDA); *c*) las sociedades que no solucionan las necesidades básicas de los niños, y *d*) las sociedades que permiten la discriminación.

Los sistemas sanitarios existentes en África son formales o informales (18). Los sistemas informales son los proporcionados por las propias familias y sus redes de apoyo, así como por los curanderos y las organizaciones de caridad con orientación religiosa. Los sistemas formales son los proporcionados por los estados o por un sector privado de carácter emergente. No hay datos fiables acerca de los servicios ofrecidos en los distintos países, excepto con respecto a Sudáfrica. Un problema clave es el hecho de que los programas educativos y formativos dirigidos hacia la salud mental de niños y adolescentes son implementados no solamente por médicos y psicólogos sino también por otros profesionales sanitarios y de la salud mental.

### PRINCIPIOS Y ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN

Cualquier intervención realizada sobre los trastornos de la salud mental de los niños y los adolescentes debe observar al menos los cuatro principios básicos siguientes (20):

- **Especificidad.** Para cada trastorno concreto se debe seleccionar el abordaje te-

rapéutico más apropiado y efectivo. En muchos casos, el tratamiento representa una combinación de las técnicas terapéuticas con mayores posibilidades de ser específicas y efectivas.

- **Un abordaje adecuado a la edad y al nivel de desarrollo.** Los niños de diferentes edades y etapas de desarrollo requieren tipos distintos de intervención.
- **Variabilidad y aplicación práctica.** Idealmente, tendría que ser posible adaptar un abordaje terapéutico concreto al ámbito en el que se aplica, por ejemplo, el tratamiento ambulatorio u hospitalario, y el tratamiento individual o grupal. Obviamente, el abordaje terapéutico debe poder ser aplicado bajo distintas circunstancias.
- **Evaluación y valoración de la efectividad.** Debe demostrarse la efectividad de cada forma de intervención y efectuarse la comparación con otras formas de intervención. Lamentablemente, son escasos los estudios empíricos efectuados sobre numerosas formas de intervención que se aplican en el contexto de la salud mental del niño y del adolescente.

Los tipos modernos de intervención en los niños y adolescentes que sufren trastornos mentales comprenden generalmente varios componentes. Para la planificación e implementación del tratamiento es fundamental seleccionar los componentes apropiados e integrarlos en un plan terapéutico coherente.

En la tabla 3 se resumen las posibilidades de intervención respecto a los principales trastornos mentales que se observan en los niños y los adolescentes.

### LA FUNCIÓN DE LAS ORGANIZACIONES INTERNACIONALES Y DE LAS INICIATIVAS GLOBALES ACTUALES

Las organizaciones internacionales como la OMS, la World Psychiatric Association (WPA), la World Federation of Mental Health, la International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied

**Tabla 3** Intervenciones terapéuticas frente a los trastornos mentales prioritarios en niños y adolescentes (según la Organización Mundial de la Salud [1])

Trastorno	Psicoterapia dinámica	Terapia cognitivo conductual	Farmacoterapia	Terapia familiar	Intervención escolar	Orientación	Intervenciones especializadas	Otras
Trastornos del aprendizaje			X		X	X		X
TDAH		X	X*		X			
Tics		X	X	X				
Depresión (y comportamiento suicida)	X	X	X*	X				
Psicosis			X	X	X		X	

TDAH: trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

\*El tratamiento específico depende de la edad del niño o adolescente.

Professions (IACAPAP), la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), desempeñan una función importante en cuanto a todos los aspectos de la salud mental del niño y del adolescente. Los objetivos y las actividades predominantes de estas organizaciones son: *a)* potenciar la toma de conciencia respecto a la salud mental infantil; *b)* facilitar el establecimiento de servicios apropiados en las diferentes partes del mundo; *c)* establecer programas formativos dirigidos hacia todas las personas que trabajan en salud mental y que residen en cualquier parte del mundo; *d)* luchar por los derechos de los niños y garantizar el cumplimiento de la Convención sobre los Derechos del Niño en todos los países. Fundamentadas en estos principios generales, las iniciativas globales actuales que se citan a continuación merecen una mención especial.

## El proyecto Atlas

La OMS ha iniciado una serie de iniciativas dirigidas hacia la potenciación de la capacidad de los distintos países para desarrollar sistemas asistenciales para los niños y adolescentes que sufren enfermedades mentales. Una de las iniciativas más importantes en este sentido es el proyecto Atlas. Este proyecto representa uno de los primeros intentos sistemáticos de conseguir datos sobre los recursos terapéuticos existentes en cada país respecto a los niños y adolescentes que sufren trastornos mentales. La encuesta, que utiliza fuentes fiables, recoge datos demográficos sobre políticas y legislación sanitarias, financiación de la asistencia en salud mental, servicios de salud mental, recursos asistenciales humanos, capacidad de recogida de datos, asistencia a poblaciones especiales y uso de la medicación. Hasta el momento, han participado 64 países.

El subproyecto Atlas dirigido hacia la salud mental infantil y del adolescente ha seguido a los subproyectos Atlas dedicados a los servicios de salud mental general, los trastornos neurológicos, la epilepsia y otros. Los resultados obtenidos respecto a los niños y adolescentes son sorprendentes en comparación con los datos correspondientes a los servicios de salud mental del adulto:

- Sólo en menos de la tercera parte de todos los países ha sido posible identificar alguna entidad privada o gubernamental cuya única responsabilidad sea la programación de la salud mental infantil.
- En todos los países evaluados, excepto en los de mayor nivel económico, la educación pública respecto a la salud mental infantil está significativamente menos

desarrollada que la educación respecto a otros problemas sanitarios.

- La brecha entre la necesidad mundial de formación en salud mental infantil y el desarrollo actual en esta área es asombrosa, de manera que en la mayoría de los países del mundo entre la mitad y las dos terceras partes de todas las necesidades no son cubiertas.
- Tanto los países en vías de desarrollo como los desarrollados no utilizan regularmente, al menos tanto como sería posible, un sistema de consultorios de salud mental infantil que funcione coordinadamente con el sistema educativo. Este vacío impide la aproximación a niños que, de otra manera, podrían recibir ayuda para evitar muchos de los problemas asociados al abandono del colegio y a otras circunstancias vitales negativas.
- Frecuentemente, en los presupuestos de los países no se tiene en cuenta la financiación de los servicios de salud mental del niño y del adolescente; en los países de nivel económico bajo estos servicios son costeados a menudo «de manera particular».
- A pesar de que la Convención sobre los Derechos del Niño es considerada por la mayor parte de los países como un documento fundamental, las provisiones relativas a la salud mental infantil recogidas en dicha Convención no suelen ser atendidas.
- El trabajo que realizan las organizaciones no gubernamentales respecto a la provisión de asistencia no suele estar conectado con los programas estatales y con frecuencia carece de medios de sostenimiento.
- El desarrollo y el uso de los programas de «autoayuda» o de «ayuda práctica», que no dependen de profesionales con formación específica, parecen ser más un mito que una realidad en los países en vías de desarrollo.
- En el 62 % de los países encuestados no existe una lista de los fármacos fundamentales para la medicación psicotrópica infantil. En el 53 % de los países no hay controles específicos relativos a la prescripción de medicamentos.
- A pesar de que en todo el mundo hay un gran interés por el TDAH, en el 47 % de los países los psicoestimulantes están prohibidos o no están comercializados.

## El Módulo de política de salud mental del niño y del adolescente

El proyecto Atlas está complementado por el Módulo de política de salud mental del niño y del adolescente (Child and Adolescent Mental Health Policy Module), que forma parte de un proyecto de mayor envergadura, que comprende tanto políticas

de salud mental como directrices para los servicios de esta área. La iniciativa está fundamentada en el reconocimiento de que en el mundo hay una ausencia virtual de políticas de salud mental dirigidas hacia los niños y los adolescentes, lo que ha dificultado el desarrollo de servicios en esta área (21). El documento está dirigido a los ministerios de sanidad y a otros estamentos elaboradores de políticas sanitarias, y ofrece directrices precisas sobre el desarrollo de líneas políticas para la implementación de servicios de salud mental para niños y adolescentes. En este módulo se reconoce el hecho de que, sin una política implementada para todo un país, la probabilidad de establecimiento de prioridades, de financiación y de responsabilidades es escasa.

## El programa de la WPA sobre salud mental infantil: **Global Program on Child Mental Health**

Los objetivos de este programa, que recibe una financiación económica ilimitada por parte de la compañía Eli Lilly, son los siguientes:

- Incrementar la toma de conciencia por parte de los responsables de las políticas sanitarias, los profesionales de la salud y la sociedad en su conjunto respecto a la magnitud y la gravedad de los problemas relacionados con los trastornos mentales de niños y adolescentes, así como respecto a las posibilidades de su solución.
- Promocionar los abordajes de prevención primaria de los trastornos mentales en los niños y adolescentes, y facilitar las intervenciones que puedan contribuir a un desarrollo mental sano en los niños y los adolescentes.
- Ofrecer apoyo para el desarrollo de servicios dirigidos hacia los niños y adolescentes que sufren trastornos mentales, y facilitar la aplicación de métodos terapéuticos efectivos.

Este programa fue una iniciativa de Ahmed Okasha, como Presidente de la WPA, y es coordinado por un Comité de dirección presidido por él mismo. El programa está constituido por tres grupos de trabajo: el Grupo de trabajo sobre la concienciación (Task Force on Awareness), el Grupo de trabajo sobre la prevención primaria (Task Force on Primary Prevention) y el Grupo de trabajo sobre los servicios de diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales (Task Force on Mental Health Services, Management and Treatment). El programa ha dado lugar a varias iniciativas de carácter mundial, por ejemplo, estudios de campo sobre el abandono escolar realizados en Alejandría (Egipto), Nishnij Novgorod (Rusia) y Porto Alegre (Brasil). Los

resultados del programa han sido presentados en el Congreso Mundial de Psiquiatría celebrado en El Cairo.

## Defensa de los servicios

Existen dificultades constantes para el desarrollo y el mantenimiento de programas de asistencia dirigidos a los niños y adolescentes con trastornos mentales.

Las iniciativas de defensa de los servicios de salud mental infantil y del adolescente persiguen el objetivo de que estos servicios sean contemplados en la agenda de trabajo de las distintas naciones y comunidades. Los grupos de defensa constituidos por los padres han representado una fuerza importante para el desarrollo y el mantenimiento de los programas. Las organizaciones profesionales de todo tipo también han defendido las iniciativas asistenciales, aunque frecuentemente en función de las necesidades concretas de su propia profesión. Uno de los objetivos de todas las organizaciones internacionales implicadas en la salud mental infantil debería ser facilitar la implementación de iniciativas generales de defensa de este tipo de asistencia en todas las partes del mundo.

La defensa de los servicios relativos a la salud mental infantil y del adolescente no debe ser exclusiva de los profesionales de la salud mental o de las personas que sufren un trastorno mental y sus familias. Los servicios sanitarios, sociales y judiciales de menores, así como los diversos sectores educativos, también pueden desempeñar un papel muy importante en la defensa de los servicios de salud mental del niño y el adolescente.

## Seminarios de formación para los profesionales de la salud mental

La IACAPAP, junto con la European Society for Child and Adolescent Psychiatry (ESCAP) y la Italian Foundation CHIL, ha desarrollado una serie de seminarios de investigación dirigidos hacia los psiquiatras infantiles y del adolescente, así como hacia otros profesionales de esta área. La iniciativa comenzó en Europa y actualmente se ha ampliado hacia la región mediterránea oriental. El objetivo principal de estos seminarios es posibilitar a los psiquiatras infantiles y otros profesionales el acceso al conocimiento y la aplicación de los métodos diagnósticos y terapéuticos más avanzados. Esto, a su vez, permitirá a esos profesionales realizar estudios de investigación de calidad y actuar en su propia región geográfica como un recurso humano científicamente capacitado para el desarrollo y la aplicación de los métodos diagnósticos y terapéuticos basados en la

evidencia, así como para el establecimiento de los servicios apropiados.

## ASPECTOS LEGALES Y ÉTICOS

El recurso más importante para la mejora de la salud mental de los niños y los adolescentes, así como también para la mejora de su salud general, es la Convención de los Derechos del Niño. Este documento representa una potente herramienta para conseguir que los distintos gobiernos apoyen el desarrollo de programas asistenciales dirigidos hacia los niños y los adolescentes en todo el mundo. Otros documentos y convenios de gran importancia son los siguientes: a) la Declaración de Helsinki (1984), revisada en Tokio (1995) y en Edimburgo (2000), en la que se definen los principios éticos de la investigación en medicina; b) el Convenio Bioético de la Unión Europea; c) el Informe Belmont propuesto por la National Commission for the Protection of Human Subjects in Biomedical and Behavioral Research, de Estados Unidos (1978), y d) la Declaración de Madrid de la WPA (2002), en la que se recogen los principios éticos que rigen la investigación con seres humanos.

La IACAPAP es una organización que orienta y protege a todas las organizaciones del mundo dedicadas a la salud mental del niño y del adolescente, y ha prestado una atención especial a la promoción de los derechos de los niños. Las cuestiones éticas han constituido en todo momento una preocupación básica de esta asociación y representan una parte sustancial de sus actividades formativas.

La asociación ha defendido a los niños con discapacidad mental y trastornos mentales en todo el mundo. En el ámbito legal, su actividad de defensa se ha centrado en la promulgación de declaraciones que abordan los aspectos principales de la asistencia, el tratamiento, la prevención y la investigación sobre los niños y adolescentes afectados por trastornos mentales. Estas declaraciones han sido difundidas, como documentos de posicionamiento y defensa, a ministerios de sanidad y educación de distintos países, y también a especialistas políticos, profesionales y otros estamentos, con el objetivo de mejorar la situación de los niños que sufren trastornos mentales y del comportamiento, y la situación de sus familias.

La reciente Declaración de Berlín, efectuada durante el XVI Congreso mundial de la IACAPAP celebrado en agosto de 2004, propugna: a) la información a los gobiernos de todos los avances en salud mental infantil y del adolescente, a fin de que sus recomendaciones sean incorporadas en los programas implementados después de conflictos armados; b) el apoyo a las políticas nacionales que favorezcan la salud mental, con independencia de las distintas líneas fi-

losóficas políticas, y que garanticen la continuidad de los programas; c) la inclusión de disposiciones de apoyo a los servicios de salud mental infantil y del adolescente en los convenios de reconciliación, como parte de una garantía básica tras la interrupción de las hostilidades; d) el inicio de programas de salud mental sostenibles dirigidos hacia los niños y los adolescentes.

## CONCLUSIÓN

Tanto la psiquiatría infantil y del adolescente como los servicios de salud mental dirigidos hacia los niños y los adolescentes han presentado una evolución considerable a lo largo de los últimos decenios. Ya no se aceptan los viejos mitos, tratamientos y normativas políticas. Actualmente existe la oportunidad de desarrollar e implementar intervenciones basadas en la evidencia, programas formativos modernos y políticas eficaces. La defensa de estas iniciativas está bajo la responsabilidad de numerosas organizaciones y profesionales. La recompensa será observar niños y adolescentes más sanos y felices y participar en sociedades más productivas y estables.

*World Psychiatry 2005; 3: 147-153*

## Bibliografía

1. World Health Organization. Caring for children and adolescents with mental disorders. Geneva: World Health Organization, 2003.
2. Foster G. Supporting community efforts to assist orphans in Africa. *N Engl J Med* 2002;346:1907-10.
3. Fayyad JA, Jahshan CS, Karam EG. Systems development of child mental health services in developing countries. *Child Adolesc Psychiatr Clin North Am* 2001; 10:745-63.
4. World Health Organization. World health report. Geneva: World Health Organization, 2000.
5. World Health Organization. World health report. Geneva: World Health Organization, 2001.
6. Weissman MM, Wolk S, Goldstein RB et al. Depressed adolescents grown up. *JAMA* 1999;281:1707-13.
7. Patterson GR, DeBaryshe BD, Ramsey E. A developmental perspective on antisocial behavior. *Am Psychol* 1989;44:329-35.
8. Leibson CL, Katusic SK, Barbaresi WJ et al. Use and costs of medical care for children and adolescents with and without attention-deficit-hyperactivity disorder. *JAMA* 2001;285:60-6.
9. Verhulst FC. Epidemiology as a basis for the conception and planning of services. In: Renschmidt H, Belfer M, Goodyer I (eds). *Facilitating pathways: care, treatment and prevention in child and adolescent mental health*. Berlin: Springer, 2004: 3-15.

10. Schmidt MH. Epidemiologie und Ätiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. In: Blanz B, Remschmidt H, Schmidt MH et al (eds). *Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter*. Stuttgart: Schattauer (in press).
11. Remschmidt H, Schmidt MH. Disorders in child and adolescent psychiatry. In: Henn F, Sartorius N, Helmchen H et al (eds). *Contemporary psychiatry*. Berlin: Springer, 2001:60-116.
12. Blanz B, Remschmidt H, Schmidt MH et al (eds). *Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter*. Stuttgart: Schattauer (in press).
13. Stroul B, Friedman R. A system of care for children and youths with severe emotional disturbance. CASSP Technical Assistance Center. Washington: George Washington University, 1986.
14. Grimes KE. Systems of care in North America. In: Remschmidt H, Belfer M, Goodyer I (eds). *Facilitating pathways: care, treatment and prevention in child and adolescent mental health*. Berlin: Springer, 2004:35-41.
15. Rohde LA, Celia S, Berganza C. Systems of care in South America. In: Remschmidt H, Belfer M, Goodyer I (eds). *Facilitating pathways: care, treatment and prevention in child and adolescent mental health*. Berlin: Springer, 2004:42-51.
16. Hong KM, Yamazaki K, Banaag CG et al. Systems of care in Asia. In: Remschmidt H, Belfer M, Goodyer I (eds). *Facilitating pathways: care, treatment and prevention in child and adolescent mental health*. Berlin: Springer, 2004:58-70.
17. Nurcombe B. Systems of care in Australia. In: Remschmidt H, Belfer M, Goodyer I (eds). *Facilitating pathways: care, treatment and prevention in child and adolescent mental health*. Berlin: Springer, 2004:52-7.
18. Robertson B, Mandlhate C, Seif El-Din A et al. Systems of care in Africa. In: Remschmidt H, Belfer M, Goodyer I (eds). *Facilitating pathways: care, treatment and prevention in child and adolescent mental health*. Berlin: Springer, 2004:71-88.
19. United Nations Children's Fund. *Children and development in the 1990s*. New York: United Nations, 1990.
20. Remschmidt H. Definition, classification, and principles of application. In: Remschmidt H (ed). *Psychotherapy with children and adolescents*. Cambridge: Cambridge University Press, 2001:3-11.
21. Shatkin J, Belfer M. The global absence of child and adolescent mental health policy. *J Child Adolesc Ment Health* (in press).

## Reflexiones sobre el desarrollo de la psiquiatría infantil y del adolescente

SAM TYANO, MIRI KEREN

Gehah Mental Health Center,  
Petach-Tikva, Israel

Remshmidt y Belfer nos ofrecen un estudio muy detallado de las principales iniciativas que han llevado a cabo a lo largo de los 20 últimos años diversas organizaciones para potenciar el conocimiento de las necesidades emocionales de los niños y promocionar su salud mental. No obstante, uno se pregunta ¿por qué necesitamos tantas organizaciones de defensa, leyes y convenciones para respetar los derechos de los niños?, ¿por qué algunos adultos tienen que convencer a otros adultos de que los niños poseen derechos, incluyendo el de recibir tratamiento cuando sufren problemas emocionales?, ¿por qué necesitamos crear sistemas cuyo objetivo principal es el de comprobar la aplicación efectiva de dichos convenios y leyes, como si sospechásemos de antemano que no van a ser aplicados?

En la búsqueda de una respuesta a estas problemáticas preguntas, nuestra sugerencia es la de reflexionar sobre el desarrollo de la psiquiatría infantil y del adolescente como un proceso paralelo al desarrollo de la percepción que la sociedad adulta tiene de los niños. Éste ha sido un proceso muy peculiar: desde la publicación del caso del pequeño Hans por Freud han tenido que transcurrir más de 50 años para que exista un dominio específico denominado psiquiatría infantil. Anteriormente, los adolescentes no eran considerados distintos de los adultos, y la simple noción de que los niños pequeños tenían necesidades emocionales específicas era algo impensable, a pesar de las implicaciones psicopatológicas del desarrollo del caso del pequeño Hans (y que son obvias para nosotros hoy en día). Después, a través de un proceso lento y gradual iniciado por los cambios sociales, se produjo la distinción entre la edad adulta y la adolescencia, y los investigadores comenzaron a estudiar los procesos de desarrollo normales y patológicos de la adolescencia. El «descubrimiento» de la depresión infantil constituyó un hito importante en el proceso de aceptación social de que los niños pueden comprender y sentir, y de que —por lo tanto— poseen una vida mental. A partir de entonces, comenzó a existir la psiquiatría infantil.

Más tarde, de nuevo con un retraso de 40 años adicionales, se produjeron las primeras publicaciones y reuniones internacionales dedicadas al conocimiento de las capacidades de desarrollo de los lactantes, desmitificando el concepto de «*tabula rasa*». Las observaciones clínicas de Spitz sobre la depresión anaclítica del lactante, así como la teoría del vínculo de Bowlby publicada muchos años antes, adquirieron relevancia «súbitamente» y facilitaron el reconocimiento de una serie de situaciones clínicas que ya existían entonces pero que habían sido ignoradas por la comunidad médica tradicional. A partir de ese momento apareció una cantidad asombrosa de publicaciones sobre el desarrollo normal y patológico de los lactantes y se estableció el concepto de salud mental del lactante.

Los conceptos teóricos cambian a medida que progresa el conocimiento, y hoy en día poseemos un conocimiento mayor de los procesos de continuidad y discontinuidad que existen entre la lactancia y la edad adulta a través de las etapas de la niñez y la adolescencia, gracias a los estudios con diseño longitudinal en los que se han evaluado aspectos como el vínculo, el temperamento y diversos trastornos de la niñez. La continuidad en la psicopatología ha demostrado ser mucho más habitual de lo que se esperaba, aunque las expresiones sintomáticas pueden ser diferentes según la edad y la etapa de desarrollo del niño.

Esta asombrosa interrelación entre las modificaciones sociales y los nuevos avances científicos debería haber sido suficiente para convencer a los expertos en política sanitaria de que asignaran recursos a la salud mental de los lactantes, los niños y los adolescentes. Sin embargo, tal como describen Remshmidt y Belfer, esto no es lo que ha ocurrido, especialmente en algunas partes del mundo y a pesar de la existencia de numerosos estudios epidemiológicos. Por lo tanto, nuestra sugerencia es que deben considerarse explicaciones adicionales a lo que podría denominarse un problema de «resistencia».

Es posible identificar dos grupos de factores sociales: los «políticos» y los psicológicos. Con respecto a los factores políticos, es menester señalar que las organizaciones no gubernamentales constituidas por los padres de los pacientes desempeñan una función importante como grupos de poder, por

ejemplo, en cuanto al autismo; sin embargo, esto no es así con respecto a los trastornos de ansiedad o las psicosis infantiles. El resultado es una asignación desproporcionada de recursos a trastornos y enfermedades muy específicos, con independencia de los datos epidemiológicos que los sustentan. En algunas situaciones, quienes dictan las políticas sanitarias pueden decidir la asignación de recursos significativos al trastorno de estrés postraumático, nuevamente de manera desproporcionada, debido a que consideran que es «políticamente correcto». Estas prioridades dan lugar a un aumento en los presupuestos de investigación dirigidos hacia el conocimiento y la prevención de trastornos específicos, mientras que no se asignan presupuestos a otros trastornos.

Paralelamente a estos elementos de carácter político, existe una serie de variables psicológicas más sutiles. Algunos de los políticos sanitarios «más difíciles de convencer» pueden haber «reprimido» al niño que llevan dentro, lo que puede reducir su capacidad de empatía hacia los niños y de consideración de sus necesidades.

Finalmente, nuestra propuesta es la de abordar no solamente la cuestión de *qué* es lo que se debe hacer para mejorar la salud mental de los niños, sino también la de *dónde* se debe hacer. Así, uno de los ámbitos principales en los que se ha desarrollado la psiquiatría del lactante, del niño y del adolescente es el de los hospitales infantiles. Se ha dedicado una atención cada vez mayor a la psiquiatría de enlace infantil y del adolescente, y la psiquiatría infantil ha encontrado su lugar «natural» en los hospitales, dado que las expresiones principales de las situaciones de dificultad emocional a esta edad son de carácter somático. La psiquiatría del adolescente se localiza todavía principalmente en los hospitales psiquiátricos, aunque hay una tendencia hacia la creación de internados terapéuticos para los adolescentes. Hoy en día se acepta de manera general que la psiquiatría infantil y del adolescente se debe abordar primariamente en el ámbito comunitario, al tiempo que en los hospitales infantiles y psiquiátricos debe existir un cierto número de camas para este tipo de pacientes. Sin embargo, esto no ocurre debido en parte a la existencia de un conflicto entre las necesidades de los pacientes y las necesidades de la carrera profesional de los médicos. En efecto, en la mayor parte de los países el desarrollo de la carrera profesional de los médicos los obliga a trabajar en hospitales universitarios. En consecuencia, los profesores permanecen en el hospital y no pueden enseñar lo que no hacen, es decir, la psiquiatría comunitaria. Mientras la situación siga siendo ésta, el concepto de «psiquiatría comunitaria» —que, creemos, representa el futuro de nuestra disciplina— será únicamente un eslogan.

Como última consideración, aunque no por ello menos importante, debe señalarse que nuestra identidad como psiquiatras infantiles y del adolescente se corresponde a una especialidad situada en el límite existente entre otras dos: pediatría y psiquiatría.

Para no vernos forzados a responder a la tan temida pregunta de «¿a quién quieres más, a mamá o a papá?», la psiquiatría infantil debe continuar siendo una disciplina independiente, con su propio programa formativo y sus específicas líneas de investigación.

los que el tratamiento farmacológico se inició en una fase posterior. Un ejemplo más habitual es el correspondiente a la bibliografía relativa al trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). Los niños que sufren TDAH muestran un riesgo elevado de padecer trastornos relacionados con sustancias en fases posteriores de su vida, y en una revisión de los estudios efectuados con diseño longitudinal se demostró que el tratamiento farmacológico de los niños reducía el riesgo de aparición posterior de trastornos relacionados con sustancias durante la adolescencia (3). Como principio general, la aplicación del tratamiento en las fases iniciales de la evolución de un trastorno debe mejorar dicha evolución, en comparación con el inicio del tratamiento en fases más avanzadas de la enfermedad; no obstante, son necesarios nuevos estudios de investigación para demostrar la posibilidad de generalización de esta afirmación.

Los clínicos pueden aplicar medidas de prevención secundaria selectivas sobre la base del hecho bien documentado de que los niños que sufren un trastorno muestran un riesgo elevado de presentar otro trastorno adicional (4, 5). Este dato indica que los clínicos deben evaluar periódicamente a los niños para descartar la aparición de comorbilidad psiquiátrica, y que deben también informar y educar sistemáticamente a los padres respecto a la posibilidad de aparición de nuevos trastornos. Dada la existencia de instrumentos eficaces para la notificación por parte de los padres (6), los recursos clínicos necesarios para este tipo de detección son mínimos. Por ejemplo, teniendo en cuenta los datos que indican que entre el 20 y el 50 % de los jóvenes con depresión desarrolla finalmente un episodio maniaco (7, 8), los clínicos tienen una oportunidad clara para identificar y tratar la manía en sus fases iniciales.

Los clínicos pueden evitar el retraso en el inicio del tratamiento, descartando los tratamientos no validados y utilizando de manera eficiente los abordajes terapéuticos efectivos. Cuando en una encuesta realizada a pediatras norteamericanos se les preguntó cuál era su primera recomendación terapéutica en un niño con TDAH, el 33 % respondió «la orientación o la psicoterapia», a pesar de que está demostrado que estos abordajes terapéuticos son menos efectivos que la farmacoterapia (9). Éste es sólo un ejemplo de la creencia clínica ampliamente extendida de que el tratamiento de primera línea debe ser una intervención psicosocial menos efectiva (y en algunos casos no validada), debido a que su grado de seguridad es mayor que el del tratamiento farmacológico efectivo. Sin embargo, esta lógica falla por su base cuando se consideran los riesgos que conlleva el retraso inducido por la aplicación de tratamientos ineficaces: con respecto a los niños con trastornos del estado de ánimo, este riesgo podría ser el suicidio (la tercera causa de muerte entre los adolescentes);

## Mejora de la salud mental de los niños y los adolescentes: la función de la prevención

STEPHEN V. FARAONE

*Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, SUNY Upstate Medical University, NY, USA*

Entre las cuestiones planteadas por Remschmidt y Belfer, la más importante podría ser su llamada a la identificación de los factores etiológicos, como fundamento para la implementación de programas de prevención. La ciencia moderna de la prevención está basada en el concepto del abordaje o la modificación de los factores de riesgo conocidos, o en la potenciación de los factores protectores conocidos que tienen lugar en las fases iniciales de la cadena de procesos del desarrollo que culmina en la aparición de un trastorno (1).

La prevención primaria se refiere a las distintas formas de intervención que evitan la aparición de una enfermedad. Estas formas de intervención pueden bloquear las agresiones ambientales tempranas o aliviar los efectos de la vulnerabilidad genética. Por ejemplo, la mejora de la asistencia prenatal, perinatal y posnatal de los niños que nacen en familias con riesgo de problemas psicopatológicos podría limitar el impacto de la genética y evitar la aparición de trastornos en estos niños. Esta mejora asistencial también podría bloquear la aparición de agresiones ambientales posteriores durante la primera niñez. Por ejemplo, la identificación de un niño con riesgo elevado de depresión permitiría la aplicación de un programa de terapia familiar para ayudar a la familia a reducir los factores estresantes que pueden desencadenar la depresión. La prevención secundaria no impide la enfermedad, pero alivia sus consecuencias.

Los protocolos de prevención diferencian dos tipos de población objetivo. Los programas preventivos de carácter selectivo se centran en la aplicación de recursos de intervención sobre los niños de riesgo alto. Por ejemplo, dado que se sabe que los niños pequeños con trastornos psicopatológicos muestran un riesgo elevado de sufrir cuadros de abuso de sustancias durante su adolescencia, estos niños constituirían un grupo lógico para la aplicación de un programa preventivo

selectivo dirigido hacia la evitación del abuso de sustancias. A diferencia de las intervenciones de carácter selectivo, los programas preventivos universales aplican los recursos de prevención a todos los miembros de una población definida, con independencia de sus características de riesgo. Generalmente, estos programas son implementados en ámbitos comunitarios, tal como los colegios.

Debido a que los programas de tipo universal se dirigen a todo el conjunto de niños, no pueden ser intensivos ni pueden atraer recursos económicos importantes, de manera que ambas limitaciones reducen su eficacia. No obstante, algunos de estos programas permiten obtener resultados notables, como los que proporcionan una asistencia de calidad a las mujeres embarazadas. Nuestra capacidad para implementar o diseñar intervenciones preventivas primarias de carácter selectivo es limitada, debido a que aún no se conocen exactamente los factores predictivos que permiten identificar con precisión a los individuos que presentarán una enfermedad antes de que ésta se inicie de manera manifiesta. Es cierto que hay muchos datos de investigación que han validado desde el punto de vista estadístico algunos elementos predictivos importantes respecto a la aparición de una enfermedad, pero la mayor parte de estos datos carece de la precisión suficiente para determinar que la mayor parte de los niños seleccionados para una forma de intervención concreta presenta realmente riesgo de sufrir la enfermedad que se pretende evitar. La investigación dirigida hacia el descubrimiento de genes de riesgo o de parámetros neurodiagnósticos de riesgo podría ofrecer elementos predictivos precisos en el futuro.

Los clínicos que trabajan en salud mental pueden implementar intervenciones preventivas secundarias de tipo selectivo, pero no lo hacen de manera sistemática. El potencial de la intervención secundaria selectiva queda demostrado claramente en el tratamiento de la psicosis. En la revisión de Wyatt efectuada sobre 21 estudios realizados con control se observó que los pacientes esquizofrénicos tratados con medicación antipsicótica durante su primera o segunda hospitalización presentaron una evolución mejor que los pacientes en

en cuanto a los niños con TDAH, un riesgo podría ser una nueva pérdida de curso escolar (lo que convierte en un calvario incluso mayor los años escolares posteriores); en los jóvenes que sufren cuadros psicopatológicos, el riesgo podría implicar un aumento todavía mayor en la problemática acumulada de dificultades familiares y de discapacidad psicosocial (lo que complica todavía más cualquier tratamiento que se pueda aplicar si fracasa el tratamiento inicial poco eficaz). En el breve transcurso cronológico de la niñez, el retraso en la aplicación de un tratamiento eficaz puede dar lugar a efectos graves sobre el desarrollo del niño. Si se retrasa un tratamiento efectivo durante 2 años en un niño de 4 años de edad que sufre una enfermedad mental, en el momento que el niño tiene 6 años ha estado expuesto durante la tercera parte de su vida al efecto adverso de un enfermedad mal tratada.

Remschmidt y Belfer ofrecen argumentos convincentes para que los distintos grupos sociales de todo el mundo aborden las necesidades de salud mental de los niños y los adolescentes. Su análisis económico de los aspectos sanitarios y su discusión de los sistemas asistenciales que han dado mejores resultados demuestran claramente que los jóvenes que sufren problemas psicopatológicos están siendo atendidos de manera insuficiente. La esperanza es que la prevención se convierta en una prioridad máxima para los políticos y expertos sanitarios que deciden la asignación de los escasos recursos, para los profesionales de la salud mental que proporcionan los tratamientos y para los intereses comerciales que guían cada vez más el desarrollo de los nuevos tratamientos medicamentosos.

## Bibliografía

1. Faraone SV, Brown CH, Glatt SJ et al. Preventing schizophrenia and psychotic behaviour: definitions and methodological issues. *Can J Psychiatry* 2002;47:527-37.
2. Wyatt R. Early intervention for schizophrenia: can the course of illness be altered? *Biol Psychiatry* 1995;38:1-3.
3. Wilens T, Faraone SV, Biederman J et al. Does stimulant therapy of attention deficit hyperactivity disorder beget later substance abuse? A meta-analytic review of the literature. *Pediatrics* 2003;111:179-85.
4. Biederman J, Newcorn J, Sprich S. Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with conduct, depressive, anxiety, and other disorders. *Am J Psychiatry* 1991;148:564-77.
5. Bird HR, Gould MS, Staghezza BM. Patterns of diagnostic comorbidity in a community sample of children aged 9 through 16 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993;32:361-8.
6. Mick E, Biederman J, Pandina G et al. A preliminary meta-analysis of the child behavior checklist in pediatric bipolar disorder. *Biol Psychiatry* 2003;53:1021-7.
7. Geller B, Zimmerman B, Williams M et al. Bipolar disorder at prospective follow-up of adults who had prepubertal major depressive disorder. *Am J Psychiatry* 2001;158:125-7.
8. Strober M, Carlson G. Bipolar illness in adolescents with major depression: clinical, genetic, and psychopharmacologic predictors in a three- to four-year prospective follow-up investigation. *Arch Gen Psychiatry* 1982;39:549-55.
9. The MTA Cooperative Group. A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56:1073-86.

# Desarrollo de la psiquiatría infantil moderna

ERIC FOMBONNE

*Division of Child Psychiatry, McGill University, Montreal, Canada*

Es una paradoja el hecho de que durante la segunda mitad del siglo xx haya tenido lugar una mejora de los indicadores del bienestar social y de la salud física de los niños de todo el mundo al mismo tiempo que los índices de salud mental de los jóvenes han presentado un deterioro (1). A pesar de que todavía carecemos de los datos epidemiológicos correspondientes a los países en vías de desarrollo respecto a los problemas de la salud mental en los niños, la mayor parte de la evidencia existente indica que uno de cada ocho niños o adolescentes sufre problemas de salud mental en algún momento de su desarrollo. También es una paradoja el hecho de que sean muy pocos los niños con problemas mentales que tienen acceso a servicios de salud mental que permitan abordar sus problemas, en una época en la que la psiquiatría infantil ha desarrollado nuevos abordajes terapéuticos de eficacia demostrada.

Tal como señalan Remschmidt y Belfer en su revisión, son necesarios sistemas asistenciales en todos los países para poder abordar los problemas de la salud mental en los jóvenes. Estos sistemas se han desarrollado de manera muy desigual en todo el mundo, de manera que las necesidades no abordadas son sustanciales. Los sistemas asistenciales existentes en los países desarrollados han evolucionado a través de una serie de pasos históricos; inicialmente se centraron en la asistencia psiquiátrica ofrecida en las instituciones psiquiátricas, y posteriormente fueron desarrollándose, de un modo progresivo, las consultas de orientación infantil y los programas de tratamiento ambulatorio. Finalmente, el énfasis se puso en los abordajes terapéuticos de carácter comunitario. Es importante tener en cuenta esta evolución histórica y, en los países en los que actualmente no existen sistemas asistenciales, podría ser un gran error desarrollar servicios psiquiátricos similares a los que se implementaron en los países desarrollados hacia mediados del siglo xx.

La filosofía asistencial ha cambiado no solamente en la psiquiatría sino también en la medicina en su conjunto, de manera que actualmente el objetivo prioritario es el acceso rápido del paciente al sistema asistencial, con independencia de su localización geográfica o de su posición social o cultural. La experiencia de los profesionales de la salud mental debe estar disponible allí donde están los pacientes, más que mantenerse concentrada en centros de nivel terciario de difícil acceso. A medida que ha tenido lugar esta evolución en la provisión del servicio asistencial, también ha cambiado la función que desempeñan los psiquiatras infantiles. Hace sólo unos decenios, los psiquiatras infantiles trataban a un pequeño número de pacientes mediante abordajes de terapia familiar o de juego durante un período de varios meses; sin embargo, actualmente actúan como consultores de los profesionales de la salud mental y de otros profesionales de la salud. Esto implica que el psiquiatra infantil está obligado a desempeñar un papel fundamental en el diseño de los sistemas asistenciales y que debe actuar en contacto estrecho con otros profesionales: enfermeros, médicos generales, médicos de familia y pediatras, en el ámbito comunitario. Muchas de las técnicas basadas en la evidencia relativas al tratamiento de los trastornos emocionales y del comportamiento pueden ser aplicadas por otros profesionales distintos de los psiquiatras infantiles, cuyo número seguirá siendo insuficiente con independencia de lo que suceda durante los próximos 20 años.

En la mejora del acceso a la asistencia hay que subrayar el papel desempeñado por la tecnología. Muchos países han tenido problemas con los sistemas asistenciales que no permiten la aplicación de los servicios especializados en regiones distantes y con densidades de población bajas. Esto es lo que ocurre en Canadá, Australia y otros muchos países de todo el mundo. Como respuesta a este problema, el desarrollo de la telemedicina ha sido espectacular y debería formar parte de la planificación de los nuevos sistemas asistenciales en los países en vías de desarrollo. De la misma manera, estas técnicas (que están fundamen-

tadas en Internet) pueden ser utilizadas para facilitar la formación de los profesionales a través de programas eficaces y rápidos, para ofrecer una supervisión progresiva y para la realización de consultas por parte de los profesionales, tras su formación inicial.

Finalmente, es cierto que los grupos de ayuda y defensa son necesarios, y que las organizaciones profesionales deben proteger los derechos de los niños y actuar sobre los gobiernos para la promoción de la salud mental

infantil. No obstante, la experiencia obtenida en muchos países demuestra que la psiquiatría infantil se ha desarrollado cuando han aparecido dirigentes locales que han ejercido una influencia importante en su propio país respecto a la promoción de la salud mental. Por lo tanto, es importante que las organizaciones internacionales y los centros académicos de todo el mundo adopten las iniciativas necesarias para identificar, en los campos de la formación y la investigación, a los profesio-

sionales que podrían tener la capacidad de liderazgo necesaria para influir de manera eficaz sobre los sistemas asistenciales de sus propios países.

## Bibliografía

1. Rutter M, Smith DJ (eds). Psychosocial disorders in young people: time trends and their causes. Chichester: Wiley, 1995.

# Futuro de la salud mental del niño y del adolescente

## BARRY NURCOMBE

*University of Queensland, St. Lucia, Brisbane, Australia*

Remschmidt y Belfer nos ofrecen un análisis amplio y de carácter internacional sobre el estado de la salud mental de los niños y los adolescentes. Los resultados promueven la reflexión. A pesar de la Convención sobre los Derechos del Niño, de los estudios epidemiológicos realizados sobre la salud mental infantil y sobre la magnitud de sus problemas, del conocimiento cada vez mayor de los principios preventivos y de la defensa de los niños llevada a cabo por diversas organizaciones internacionales, en el proyecto Atlas desarrollado por la Organización Mundial de la Salud se demuestra que en todo el mundo hay una escasez de servicios especializados, que los sistemas asistenciales están fragmentados y que son inexistentes las políticas de salud mental dirigidas hacia los menores con trastornos psiquiátricos.

¿Por qué esta situación? En los países en vías de desarrollo, en los que los problemas prioritarios son la nutrición, el agua y las enfermedades infecciosas, la respuesta es obvia. Sin embargo, la respuesta es menos evidente en los países más avanzados de Europa, Norteamérica, Asia y Australia.

Hasta hace aproximadamente 100 años no se consideraban de manera específica las necesidades de los niños, y tenían preferencia los problemas de los adultos. La psiquiatría infantil evolucionó, a menudo con dificultades, a partir de la educación, de la pediatría y de la psiquiatría del adulto. Pero es sólo en Europa donde la psiquiatría infantil ha adquirido la suficiente independencia de las disciplinas de las que procede, lo que le permite defender las necesidades de los niños. ¿Qué se puede hacer?, ¿hay principios internacionalmente adecuados? Mis recomendaciones son las siguientes:

- Cada país debe establecer una política de salud mental nacional, con recomendacio-

nes específicas y diferentes respecto a los niños.

- La política de salud mental debe incluir secciones relativas a la promoción, la prevención, el tratamiento y el seguimiento (1).
- La promoción de la salud mental requiere la consideración de la asistencia prenatal, de la salud mental materna y de la estimulación del lenguaje del lactante y del niño en edad preescolar, así como la evitación de la discriminación étnica y social.
- La prevención implica la eliminación de los factores de riesgo y el refuerzo de los factores de resistencia frente a la enfermedad, a través de la promoción de las habilidades sociales, del aprendizaje, de la competencia y del sentido de la eficacia. Es necesario obtener una información más detallada de las interacciones genética-ambiente que dan lugar a que los individuos tengan una salud mental buena o mala.
- Sólo una minoría de niños con problemas de salud mental recibe alguna forma de tratamiento. El número de niños que recibe atención especializada es incluso menor. Los países avanzados deben ampliar sus servicios especializados y su potencial para formar a los médicos de asistencia prima-

ria, con objeto de incorporarlos en los sistemas asistenciales.

- Se debe realizar un seguimiento de la rentabilidad económica de las medidas de promoción, prevención y tratamiento.
- Los países en vías de desarrollo deben decidir la forma de implementación de los abordajes terapéuticos a través de sus médicos de asistencia primaria, solicitando ayuda a los países desarrollados para el entrenamiento de sus profesionales.
- Es necesario abordar, en la población general, los problemas de la ignorancia y resistencia hacia los servicios de salud mental infantil.
- Las distintas formas de intervención posiblemente sean infructuosas en los casos en los que los países se mantengan en situación de guerra (tanto de guerra civil como de otro tipo).

## Bibliografía

1. Waddell C, McEwan K, Shepherd CA et al. A public health strategy to improve the mental health of Canadian children. *Can J Psychiatry* 2005;50:226-33.

# Derecho de los niños a la salud mental. Los adultos han fallado a los jóvenes en todo el mundo: el caso de América Latina

## CARLOS E. BERGANZA

*San Carlos University School of Medicine, Guatemala, Guatemala*

Remschmidt y Belfer revisan la calidad del servicios de salud mental infantiles y

del adolescente en todo el mundo desde la perspectiva de los derechos de los niños. No es sorprendente que destaquen la falta de datos que permitan evaluar la calidad de los servicios en áreas del mundo como África y América Latina, en las que estos sistemas necesitan una revisión más deta-

llada y en las que posiblemente es más habitual la violación de los derechos de los niños.

Los niños tienen derechos y, entre ellos, el derecho a la asistencia sanitaria. Es bien conocida la descarada violación de los derechos de los niños, tanto en los países en vías de desarrollo como en los países industrializados de todo el mundo. Los mismos individuos de los que se espera la protección de los menores son a menudo los responsables principales de esta tragedia global que da lugar a la perpetuación de los trastornos mentales y físicos en este segmento de la población y que crea las condiciones necesarias para que tenga lugar una violación aún mayor de los derechos humanos. Los sistemas judiciales de menores, las distintas instituciones sanitarias, la industria del entretenimiento, los medios de comunicación, los políticos, los profesionales, la iglesia e incluso los padres de todo el mundo se ven implicados con demasiada frecuencia en la práctica de innumerables formas de violencia dirigida contra los menores, tales como el castigo corporal grave (incluyendo las ejecuciones judiciales y extrajudiciales), las adopciones ilegales, el abuso sexual (incluyendo la pornografía y la prostitución infantiles) y la explotación de los niños en el contexto laboral o a través del reclutamiento forzado para la participación en conflictos armados (1). El panorama global en este sentido es horroroso.

Ciertamente, la Convención sobre los Derechos del Niño constituye uno de los reconocimientos de derechos más ampliamente ratificado en toda la historia, dado que sólo dos países se negaron a su ratificación (Estados Unidos y Somalia) (2). Este convenio establece una serie de normas referentes a los servicios sanitarios, educativos, legales, civiles y sociales. Lamentablemente, entre la teoría y los hechos hay un largo trecho, y la implementación real de iniciativas y programas políticos para alcanzar las normas y los parámetros articulados en la Convención sigue siendo por lo menos incompleta en la mayor parte de los países.

En América Latina, la mayoría de los niños vive en la pobreza y se enfrenta a numerosos factores de riesgo respecto a las enfermedades mentales, tales como la desintegración familiar, el descontento social, el tráfico de drogas, la criminalidad y los desastres naturales (3, 4). La prevalencia de los trastornos mentales es del 15-20 %, un porcentaje similar al existente en otras áreas del mundo; sin embargo, son muy pocos los niños que sufren enfermedades mentales que son identificados por los prestadores de atención primaria, y menos aún los que reciben un tratamiento apropiado (5). Además, como promedio, el presupuesto sanitario nacional es significativamente inferior al correspondiente al mundo desarrollado (4); a pesar de que los datos son ciertamente

incompletos, los servicios de salud mental infantil están claramente subdesarrollados en la mayor parte de los países de América Latina (6).

Los factores que contribuyen a esta tragedia son variados: desde la escasez de fondos hasta la insuficiencia del conocimiento de los problemas de la salud mental infantil por parte de la población general. Sin embargo, no debemos confundir las distintas cuestiones. La causa principal de todo ello radica en la falta de compromiso por parte de las entidades nacionales e internacionales que tienen la responsabilidad de desarrollar políticas y planes nacionales y regionales dirigidos hacia la implementación de programas de salud mental infantil (6). Se crea así un círculo vicioso que va desde la falta de servicios hasta la falta de sistemas de diagnóstico, tratamiento y prevención, con la consecuencia de la falta de datos apropiados que permitan la planificación e implementación de políticas. Mientras no se rompa este círculo vicioso a través de un esfuerzo internacional coordinado por parte de instituciones como la World Psychiatric Association, la Organización Mundial de la Salud y sus asambleas regionales, los ministerios de sanidad de los distintos países y las organizaciones no gubernamentales implicadas en el bienestar de los niños, la tragedia que sufren los niños hoy en día respecto

a la salud mental se mantendrá de manera indefinida.

## Bibliografía

1. Valente M. Rights: drawing up a world map of violence against children. Interpress Service News Agency, May 31, 2005.
2. United Nations Children's Fund. Convention on the rights of the child. New York: United Nations Children's Fund, 2002.
3. Goenjian AK, Molina L, Steinberg AM et al. Posttraumatic stress and depressive reactions among Nicaraguan adolescents after Hurricane Mitch. *Am J Psychiatry* 2001;158:788-94.
4. Duarte C, Hoven C, Berganza C et al. Child mental health in Latin America: present and future epidemiological research. *Int J Psychiatry Med* 2003;33:203-22.
5. Giel R, de Arango MV, Climent CE et al. Childhood mental disorders in primary health care: results of observations in four developing countries. *Pediatrics* 1981;68:677-83.
6. Rohde LA, Celia S, Berganza C. Systems of care in South America. In: Remschmidt H, Belfer ML, Goodyer I (eds). *Facilitating pathways: care, treatment and prevention in child and adolescent mental health*. Berlin: Springer, 2004:42-51.

## Asistencia psiquiátrica infantil y del adolescente: una perspectiva regional

KANG-E MICHAEL HONG

*Seoul National University College of Medicine, Seoul, Korea*

Hoy en día, el mundo entero se mantiene en una corriente continua de transformaciones de las estructuras sociales, los valores culturales y los patrones de comportamiento. Las personas se desplazan a lo largo de todo el mundo, emigran y retornan, viven en el extranjero y crían a sus hijos en países distintos al de su origen. Deben compartir sus vidas con otros grupos étnicos y culturales y establecen contacto con orientaciones y valores culturales diferentes. Son consecuencias inevitables de todo ello las «invasiones culturales», el pluralismo cultural y los conflictos entre culturas. En este contexto, es de esperar que, con respecto a la crianza de los hijos y a la salud mental in-

fantil, aparezcan nuevas crisis o se intensifiquen las crisis ya existentes.

Los conflictos entre las culturas no sólo tienen lugar entre diferentes países sino dentro de un país e incluso dentro de cada individuo. La globalización de la economía, la política y la cultura, junto con los consiguientes conflictos entre las civilizaciones, obligan a la adopción de una nueva ética global y de una nueva forma de coexistencia. De la misma manera, nosotros —como profesionales de la salud mental— estamos obligados a contemplar la salud mental desde una perspectiva global y a reconocer la necesidad de desarrollar intervenciones preventivas y terapéuticas eficaces en una escala global.

En este contexto, el artículo de Remschmidt y Belfer es muy oportuno y extremadamente pertinente, pues ofrece datos que reflejan la situación actual de la asistencia en

salud mental infantil y aboga por el desarrollo de servicios de salud mental infantil en todo el mundo. Es muy gratificante contemplar las iniciativas recientes adoptadas por la World Psychiatric Association, la International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions y la Organización Mundial de la Salud respecto al reconocimiento de la importancia clave que tiene la consideración de la salud mental de los niños y los adolescentes.

Más del 50 % de los países de todo el mundo carece de servicios psiquiátricos infantiles formales, y sólo en unos pocos países se han establecido sistemas adecuados de este tipo de servicios. Para implantar un programa de servicios de salud mental infantil en cualquier país es esencial la participación de psiquiatras infantiles cualificados que puedan iniciar el desarrollo de la psiquiatría infantil en dicho país. La formación de los profesionales en países extranjeros (p. ej., Estados Unidos o Reino Unido) es muy costosa en cuanto a tiempo y dinero. También es limitada con respecto al número de profesionales que se pueden formar y a los contenidos de la formación, que puede ser culturalmente inapropiada. Por lo tanto, propondría personalmente que se establezcan centros regionales de formación en salud mental infantil y en psiquiatría infantil (p. ej., uno o dos centros en Asia, África y

Sudamérica). Las sociedades de carácter internacional como la International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions podrían ayudar a los centros regionales mediante la realización de conferencias y la provisión de personal docente.

Hay que destacar el hecho de que la mayor parte de las reuniones internacionales que tienen lugar en nuestro campo parecen dirigidas hacia proyectos rigurosos de investigación científica sobre temas innovadores, restando importancia a los proyectos de investigación clínica en los países en los que se ha establecido recientemente la psiquiatría infantil. La investigación psicosocial llevada a cabo en los países en vías de desarrollo es a menudo desatendida y rechazada, considerándola como «de poco valor, insuficientemente empírica», y priorizando la investigación biológica sofisticada realizada en los países desarrollados. Si cualquier organización científica desea tener un carácter verdaderamente internacional, debe tener en cuenta el hecho de que la mayor parte de los países no occidentales se mantiene todavía en etapas y grados diferentes de sofisticación científica. Las reuniones y revistas internacionales no deberían estar diseñadas únicamente teniendo en cuenta las necesidades de los países occidentales desarrollados. También tenemos que evaluar con mayor detalle

si es adecuada la formación de psiquiatras procedentes de países no occidentales en vías de desarrollo en las instituciones académicas de los países occidentales desarrollados. La sensibilidad cultural, la pertinencia cultural y los aspectos transculturales deben ser contemplados como parte de la formación de especialistas extranjeros. En las asignaturas impartidas se deben recoger los cambios sociales y culturales que han tenido lugar a causa de la modernización, así como su impacto sobre la salud mental, la psiquiatría transcultural, la antropología y la etnología.

Me gustaría pedir que las organizaciones internacionales de mayor envergadura, como la Organización Mundial de la Salud, la International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions y la World Psychiatric Association, continuaran sus esfuerzos y llevaran a cabo las iniciativas necesarias para facilitar el establecimiento de los servicios de psiquiatría y salud mental infantiles en los países en vías de desarrollo o subdesarrollados, así como que las reuniones científicas internacionales dedicasen parte de su tiempo al análisis de los problemas implícitos en el establecimiento de los servicios de psiquiatría infantil en los países en vías de desarrollo que carecen de las infraestructuras adecuadas para la asistencia de la salud mental infantil.

## Asistencia en salud mental infantil: las necesidades de los países africanos

MICHAEL O. OLATAWURA

Department of Psychiatry, University College Hospital, Ibadan, Nigeria

Existe la urgente necesidad de que los países desarrollados y los organismos no gubernamentales originarios de estos países ayuden a los países en vías de desarrollo en cuanto a la formación de profesionales, como psiquiatras infantiles, psicólogos y enfermeros especializados en psiquiatría, interesados en el tratamiento de los niños con problemas psicológicos y mentales. Los pocos psiquiatras infantiles que hay para atender a las necesidades de la enorme cantidad de niños y adolescentes que requieren tratamiento actúan por el momento como «comodines» en todos los aspectos de la asistencia en salud mental. Tal como señalan brillantemente Remschmidt y Belfer en la parte de su artículo referida a Europa y a Norteamérica, la implementación de los servicios sigue siendo todavía un sueño en África y será así todavía

durante los años venideros, a pesar de que se considera, generalmente, algo de carácter heurístico.

Aunque la gran escasez de personal y de servicios representa una fuerte llamada de atención, se considera generalmente que la preocupación de las familias es todavía la *supervivencia* de los niños. Cuando aparecen las dificultades en los ámbitos psicológico, de desarrollo general y de aprendizaje, en muchas partes de África hay muy pocas posibilidades de organizar su atención de una forma eficaz y orientada a objetivos. El desarrollo de los servicios sanitarios y de los servicios sociales relacionados ocupa una posición muy baja en las prioridades de los gobiernos africanos, debido a que esta parte de los servicios compete con la provisión de programas correspondientes a infraestructuras y otros servicios sociales, tales como carreteras, agua potable, luz eléctrica, alimento, educación, vivienda, comunicación etc. Los niños que viven en hogares educados o «acomodados» son atendidos por profesionales de la salud,

por ejemplo, psiquiatras, médicos generales y especialistas. Hay muy poca información acerca del resultado real de estos contactos debido a que los programas de atención están insuficientemente organizados y no son sostenibles.

Dada la escasez de servicios asistenciales dirigidos a los niños y los adolescentes en muchas partes de África, la organización por parte de la World Psychiatric Association de un programa de seminarios de formación para el personal relacionado con la salud mental tendría una enorme utilidad en los países de África Subsahariana. Además de la posibilidad real de que este tipo de iniciativa actúe como una rampa de lanzamiento para un abordaje pragmático por parte de estos profesionales sanitarios en las regiones subdesarrolladas, dichos seminarios podrían ejercer también un impacto importante y valioso sobre los propios gobiernos africanos, especialmente en las zonas en las que la falta de desarrollo de programas se debe a la inexistencia de voluntad política para su aplicación.

# Intervención en los cuadros de abuso y abandono infantiles: una subespecialidad emergente en la psiquiatría infantil y del adolescente

M. ADIB ESSALI

Tichreen Hospital, Damascus, Syria

Remschmidt y Belfer destacan correctamente la importancia que tiene, para los problemas de la salud mental infantil y del adolescente, el desarrollo de iniciativas políticas fundamentadas en los derechos individuales y basadas en la evidencia. La información, la prevención y la intervención son especialmente necesarias y posibles en el área de los cuadros de abuso y abandono infantiles (AAI).

Todos los tipos de AAI pueden dar lugar a secuelas psicológicas a corto y largo plazo. «Los niños que sufren situaciones de abuso aprenden que el mundo en el que viven es un lugar imprevisible y a menudo dañino. Los adultos que los atienden pueden ser agresivos o impacientes, o pueden presentar problemas de depresión y mantener una actitud de distanciamiento hacia los niños. Además, estos adultos se pueden transformar sin previo aviso en personas hostiles y violentas» (1). El niño pequeño se puede sentir incapaz, indigno de cariño, indefenso e impotente, con una actitud de sospecha hacia los demás. Los niños mayores muestran a menudo problemas emocionales, como depresión y ansiedad. Se observan comportamientos agresivos tanto verbales como físicos, así como comportamientos de pasividad y de evitación. Los niños que han sufrido abuso físico presentan a menudo problemas significativos en su desarrollo y en el mantenimiento de relaciones con sus compañeros (2). Los antecedentes de abuso sexual pueden contribuir a que el niño se convierta a su vez en perpetrador de abuso sexual (3, 4).

A diferencia de lo que ocurre con las situaciones de abuso físico y sexual (en las que el niño sufre situaciones visibles, si bien negativas), el niño abandonado se mantiene en una situación de carácter invisible. Se ha de-

mostrado que los niños que sufren situaciones de abandono presentan actitudes de indefensión y pasividad y muestran menos afecto (tanto positivo como negativo) en las relaciones con sus pares (5).

En una revisión de carácter sistemático se ha demostrado que las víctimas de abuso sexual de ambos sexos muestran tasas significativamente mayores de necesidad de tratamiento psiquiátrico, en comparación con la población general (6). Por lo tanto, es esencial que los psiquiatras tengan en cuenta la posibilidad de que sus pacientes presenten antecedentes de abuso infantil, y que estén familiarizados con las definiciones, la dinámica y los efectos de toda las formas de AAI. Los psiquiatras infantiles y del adolescente también deben estar capacitados para trabajar con los padres y las familias. La complejidad de los casos de AAI puede obligar a que el psiquiatra colabore no solamente con los enfermeros, los pediatras, los psicólogos, los psicoterapeutas y los asistentes sociales, sino también con los profesionales que trabajan en el área de la protección infantil y con los que ejercen en el ámbito judicial.

La aceptación de que el AAI es uno de los factores que intervienen en diversos problemas de la salud mental infantil, del adolescente y del adulto, junto con el incremento espectacular en la incidencia de cuadros de este tipo, ha dado lugar a la necesidad de creación de una especialidad clínica que atienda a las víctimas infantiles y a los adultos supervivientes de AAI. El Physical Abuse Assessment Model, la Physical Abuse Process Therapy Worksheet (7) y la «terapia centrada en el abuso» (*abuse-focused therapy*) son ejemplos de iniciativas dirigidas hacia la solución de esta necesidad. Además, durante los últimos años ha tenido lugar la aparición de asociaciones profesionales nacionales, regionales e internacionales, constituidas por profesionales de múltiples disciplinas y especialidades: la salud mental, la asistencia social,

la medicina, la justicia criminal y la judicatura. Un ejemplo importante de estas asociaciones internacionales es la International Society for the Prevention of Child Abuse and Neglect (ISPCAN) junto con sus delegaciones regionales como la Network of Arab Professionals for the Prevention of Child Abuse and Neglect. Otra iniciativa importante es el desarrollo de revistas profesionales (p. ej., el ISPCAN Journal) centradas específicamente en el AAI, debido a que permiten la actualización de este nuevo campo de investigación.

La intervención sobre el AAI como subespecialidad de la psiquiatría infantil y del adolescente es una posibilidad factible que podría convertirse en una realidad si a los residentes de psiquiatría y a los psiquiatras se les ofrecieran los cursos de formación adecuados y si se reconociera la necesidad de realización de estos cursos sobre AAI para la renovación de las autorizaciones de ejercicio profesional.

*World Psychiatry 2005; 3: 154-160*

## Bibliografía

1. Salter A, Richardson CM, Kairys SW. Caring for abused preschoolers. *Child Welfare* 1985;64:343-56.
2. Mueller E, Silverman N. Peer relations in maltreated children. In: Cicchetti D, Carlson V (eds). *Child maltreatment: theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect*. Cambridge: Cambridge University Press, 1990: 529-78.
3. Groth NA. The adolescent sexual offender and his prey. *Int J Offender Ther Comp Criminol* 1977;21:249-54.
4. Lanyon RI. Theory and treatment of child molestation. *J Consult Clin Psychol* 1985; 54:176-82.
5. Howes C, Espinoza MP. The consequences of child abuse to the formation of relationships with peers. *Child Abuse and Neglect* 1985;9:397-404.
6. Spataro J, Mullen PE. Impact of child sexual abuse on mental health. Prospective study in males and females. *Br J Psychiatry* 2004;184:416-21.
7. Walker CE, Bonner BL, Kaufman KL. *The physically and sexually abused child. Evaluation and treatment*. New York: Pergamon, 1988.

# European Prediction of Psychosis Study (EPOS): integración del diagnóstico y la intervención precoces en Europa

JOACHIM KLOSTERKÖTTER<sup>1</sup>, STEPHAN RUHRMANN<sup>1</sup>, FRAUKE SCHULTZE-LUTTER<sup>1</sup>,  
RAIMO K.R. SALOKANGAS<sup>2</sup>, DON LINSZEN<sup>3</sup>, MAX BIRCHWOOD<sup>4</sup>, GEORG JUCKEL<sup>5</sup>,  
ANTHONY MORRISON<sup>6</sup>, JOSÉ LUIS VÁZQUEZ-BARQUERO<sup>7</sup>, MARTIN HAMBRECHT<sup>8</sup>,  
HEINRICH VON REVENTLOW<sup>1</sup>, ON BEHALF OF THE EPOS GROUP\*

<sup>1</sup>Department of Psychiatry and Psychotherapy, University of Cologne, Germany; <sup>2</sup>University of Turku, Finland; <sup>3</sup>University of Amsterdam, The Netherlands; <sup>4</sup>University of Birmingham, UK; <sup>5</sup>University of Berlin, Germany; <sup>6</sup>University of Manchester, UK; <sup>7</sup>University of Cantabria, Santander, Spain; <sup>8</sup>Elisabethen-Krankenhaus, Darmstadt, Germany

\*Los miembros restantes del grupo EPOS están citados en el Apéndice

En este artículo se exponen los fundamentos y el diseño del European Prediction of Psychosis Study (EPOS), el primer estudio de campo transnacional europeo relativo a los pródromos, los factores de riesgo y los factores de resistencia de dicho trastorno. Dado que los diferentes sistemas sanitarios ofrecen estructuras asistenciales distintas, la implementación y el mantenimiento de los programas de prevención sólo tendrán éxito en los casos en los que estos programas puedan ser adaptados a las oportunidades y necesidades específicas de cada sistema. En el estudio EPOS se ofrece una sólida base de datos dirigida hacia una futura prevención de la psicosis a través de métodos basados en la evidencia. En este artículo se exponen los datos relativos al proceso de selección de los participantes y a la distribución de los cuatro criterios clínicos utilizados para definir el estado mental de riesgo para la psicosis.

**Palabras clave:** EPOS, psicosis, esquizofrenia, pródromos, detección temprana, prevención

El European Prediction of Psychosis Study (EPOS) es el primer análisis multicéntrico europeo centrado en la detección temprana de las personas que presentan riesgo de sufrir psicosis, especialmente esquizofrenia, y fue diseñado como un estudio de campo prospectivo, longitudinal y de observación. Concebido originalmente en diversos centros de Alemania, Finlandia, Holanda, Reino Unido y España, el estudio se lleva a cabo en Colonia, Berlín, Turku, Amsterdam, Birmingham y Manchester, que cubren en conjunto un área de captación de aproximadamente 7,5 millones de habitantes.

En el EPOS se abordan cuatro cuestiones principales, que son importantes en las investigaciones actuales sobre la detección temprana de la psicosis:

- **Acceso a la asistencia:** ¿cómo acceden a los sistemas sanitarios las personas con riesgo de psicosis y cómo difiere esta forma de acceso en los distintos ámbitos asistenciales de la Unión Europea? La evaluación retrospectiva sistemática de los mecanismos de acceso a la asistencia y del inicio de los síntomas, junto con la evaluación de las causas de los retrasos y de los obstáculos para la aplicación del tratamiento adecuado, permitirán crear una base de datos empírica que facilite el diseño de programas de concienciación y prevención dirigidos hacia la población general, con objeto de reducir la duración de los períodos de tiempo durante los cuales la enfermedad no recibe tratamiento.
- **Predicción de la psicosis:** ¿qué se debe evaluar para predecir la transición a la psicosis? En el estudio se realiza la evaluación de la validez predictiva de los síntomas y las deficiencias tanto anteriores como actuales, de los indicadores de riesgo y de los parámetros relativos a la personalidad, de los aspectos neurocognitivos y de las características neurobiológicas, así como de sus posibles sinergias.
- **Situaciones de discapacidad:** ¿cuándo y cómo se inician en forma de pródromos en los pacientes los problemas sociales, educativos, laborales y funcionales de otro tipo, y cuál es su evolución? La evaluación prospectiva y sistemática de las situaciones de discapacidad y de la calidad de vida de las personas con riesgo de psicosis persigue el establecimiento de definiciones de carácter operativo de sus deficiencias y necesidades du-

rante los pródromos de la enfermedad. El EPOS es el primer estudio diseñado para establecer el inicio, la prevalencia y los determinantes de las situaciones de discapacidad en las fases prodrómicas de la psicosis, una condición necesaria para la detección y la rehabilitación tempranas.

- **Intervenciones tempranas:** ¿qué tipos de intervención se aplican en las personas en riesgo, por parte de quién, y cuál es su rentabilidad económica? Cualquier forma de intervención, como la psicoterapia, la medicación y el apoyo —institucional o no—, ofrecida a las personas con riesgo de psicosis en las distintas regiones participantes debe ser controlada y evaluada en relación con su rentabilidad económica y con los efectos beneficiosos que induce sobre el individuo. Los objetivos son la evaluación de las posibles aplicaciones y resultados de los distintos métodos de detección e intervención tempranas, así como el ofrecimiento de un fundamento empírico para el desarrollo de un marco europeo común dirigido hacia la asistencia de las personas con riesgo de sufrir psicosis.

## MÉTODOS

### Diseño

El EPOS incluye una evaluación inicial detallada y dos evaluaciones de seguimiento, a los 9 y a los 18 meses. Todas las personas de 16 a 35 años de edad atendidas en cualquiera de los centros participantes son evaluadas para determinar la presencia o la ausencia de cuatro criterios psicopatológicos de inclusión (tabla 1). En los casos en los que se cumple al menos uno de los criterios de inclusión y en los que la persona otorga su consentimiento informado, se realiza la evaluación clínica inicial junto con las determinaciones neurocognitivas, neurofisiológicas y volumétricas mediante resonancia magnética (RM). En los casos en los que no se cumplen los criterios de inclusión, se realiza la entrevista clínica estructurada relativa a los trastornos del Eje I del DSM-IV (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, SCID) (1) así como la entrevista estructurada para la detección de síndromes prodrómicos (Structured Interview for Prodromal Syndromes, SIPS) (2) con ob-

jeto de completar la evaluación clínica, de manera que se establecen dos grupos de control (v. más adelante). Estos grupos son evaluados posteriormente, al cabo de 18 meses, para la detección de cualquier caso de transición hacia la psicosis.

## Participantes

Se debe seleccionar un número mínimo de 250 personas, entre los 6 centros participantes, que cumplan al menos uno de los criterios de inclusión que se recogen en la tabla 1 («grupo central»). Los criterios de inclusión en el EPOS están parcialmente en línea con los criterios de riesgo «ultraelevado» (RUA) utilizados por los grupos de Melbourne y Yale (3, 4). Además, el grupo básico de síntomas denominado «alteraciones cognitivas» se utiliza como un cuarto criterio (5, 6). Por otra parte, el criterio de riesgo genético se amplía hasta los familiares en segundo grado que sufren un trastorno psicótico. A diferencia de lo que se contempla en los criterios de Melbourne, los síntomas psicóticos intermitentes breves y

**Tabla 1** Criterios de inclusión en el grupo central del EPOS

### Síntomas positivos atenuados (SPA)

Presencia de al menos uno de los síntomas SIPS siguientes, con una puntuación entre 3 y 5, y aparición del síntoma varias veces a la semana durante un período de al menos 1 semana

- Pensamiento con contenido extraño/ideas delirantes (P1)
- Ideas de sospecha/persecución (P2)
- Grandiosidad (P3)
- Alteraciones de la percepción/alucinaciones (P4)
- Desorganización de la comunicación (P5)
- Comportamiento o aspecto extraños (D1)

### Síntomas psicóticos intermitentes limitados y breves (SPIBL)

Presencia de al menos uno de los síntomas PANSS siguientes, que desaparece espontáneamente en un periodo de 7 días, con un intervalo entre los episodios sintomáticos de este tipo de al menos 1 semana (dos episodios de SPIBL separados por menos de 1 semana se consideran un solo episodio; por lo tanto, si la duración total es superior a 1 semana, se cumple el criterio de transición)

- Alucinaciones (puntuación PANSS P3  $\geq$  4)
- Ideas delirantes (puntuaciones PANSS P1, P5, P6  $\geq$  4)
- Trastorno formal del razonamiento (puntuación PANSS P2  $\geq$  4)

### Riesgo familiar más actividad reducida

Un cambio en el estado mental o la actividad que da lugar a una reducción del 30 % o más en la Escala de Valoración Global de la Actividad (Global Assessment of Functioning) durante al menos 1 mes a lo largo del último año, en comparación con el nivel mayor de actividad alcanzado previamente, más al menos uno de los indicadores de riesgo siguientes

- Un familiar de primero o segundo grado con antecedentes de cualquier trastorno psicótico contemplado en el DSM-IV (no asociado a una enfermedad médica ni inducido por sustancias)
- Presencia de trastorno de la personalidad esquizotípica en el participante, según los Criterios DSM-IV

### Síntomas básicos

Presencia de al menos dos de los síntomas siguientes correspondientes al grupo de «alteraciones cognitivas», durante más de 1 año, con una puntuación BSABS-P  $\geq$  3 durante los 3 últimos meses

- Incapacidad para repartir la atención (A.8.4)
- Interferencias en el pensamiento (C.1.1)
- Presiones sobre el pensamiento (C.1.3)
- Bloqueo del pensamiento (C.1.4)
- Alteraciones del lenguaje receptivo (C.1.6)
- Alteraciones del lenguaje expresivo (C.1.7)
- Alteraciones del razonamiento abstracto («concretismo»; C.1.16)
- Ideas de referencia inestables («centrismo del sujeto»; C.1.17)
- Centrado de la atención en detalles del campo visual (C.2.9)

BSABS-P: Bonn Scale for the Assessment of Basic Symptoms-Prediction List; PANSS: Positive and Negative Syndrome Scale; SIPS: Structured Interview for Prodromal Syndromes.

limitados (SPIBL) no se determinan mediante el uso de la Brief Psychiatric Rating Scale, sino a través de la Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) (7), que tiene las ventajas de una puntuación más fiable de los ítems y una correspondencia con la SIPS.

En el grupo de control I se incluyen los participantes que presentan síntomas positivos atenuados (SPA) o SPIBL, o cualquiera de los 21 trastornos cognitivos, de la percepción y motores incluidos en la Bonn Scale for the Assessment of Basic Symptoms-Prediction List (BSABS-P) (8), pero que no cumplen los criterios de inclusión recogidos en la tabla 1 (es decir, se incluyen en este grupo de control participantes que han padecido SPA/SPIBL a lo largo del último año pero no durante los últimos 3 meses, o que han padecido síntomas básicos por debajo del umbral relativo al número, al grupo o al tiempo de presentación).

En el grupo de control II se incluyen los participantes que solicitan asistencia pero que no han presentado ninguna forma de síntomas SPA, SPIBL o BSABS-P a lo largo de su vida y que actualmente no cumplen los criterios de inclusión relativos al riesgo familiar o a la disminución de la actividad.

Los criterios de exclusión sólo se evalúan en el caso de que el paciente cumpla los criterios de inclusión. Estos criterios de exclusión se recogen en la tabla 2.

Como forma de ampliación del concepto de los SPIBL, se define una transición a la psicosis a través de la presencia de síntomas psicóticos, es decir, alucinaciones (puntuación PANSS P3  $\geq$  4), ideas delirantes (puntuaciones PANSS P1, P5 o P6  $\geq$  4) o trastornos formales del razonamiento (puntuación PANSS P2  $\geq$  4), durante más de 1 semana.

## Evaluaciones

Para alcanzar los cuatro objetivos principales del EPOS se está realizando una evaluación detallada de las alteraciones psicopatológicas, de la personalidad, neurocognitivas, neurofisiológicas y cerebrales, tanto anteriores como actuales. También se estudian las diversas formas de asistencia, discapacidad y calidad de vida. Se documentará el tratamiento y se estimarán los costes económicos directos e indirectos asociados a la enfermedad.

## Datos sociodemográficos y psicopatología general

En un formulario básico de datos (Basic Data Form) (9) desarrollado específicamente para el EPOS se registran brevemente el

**Tabla 2** Criterios de exclusión para la participación en el grupo central del EPOS

- Episodio psicótico previo de duración superior a 1 semana
- Síntomas debidos al abuso de sustancias
  - Con respecto a *cannabis*, si un síntoma no estaba claramente presente antes del uso de la sustancia, se debe mantener un periodo libre de consumo (si el síntoma se mantiene durante este periodo, se acepta la participación del individuo). Si un síntoma estaba claramente presente antes del consumo de *cannabis*, el individuo puede participar en el estudio a pesar de presentar actualmente un cuadro de abuso de la sustancia
  - Con respecto a otros *alucinógenos* y *anfetaminas*, el periodo libre de consumo debe ser de 3 meses; es decir, los nuevos síntomas se deben mantener después de este periodo. El uso continuado de estas sustancias representa un criterio de exclusión
- La dependencia del alcohol es un criterio de exclusión, pero no así el abuso del alcohol
- Los síntomas se deben a un trastorno mental orgánico (como una intoxicación o un trastorno neurológico)
- Cociente intelectual verbal inferior a 85

contexto sociodemográfico de la persona, su salud física, sus antecedentes obstétricos y familiares, así como aspectos de la situación premórbida: el grado de ajuste, la actividad social y la discapacidad asociada a síntomas psiquiátricos. Para la evaluación de estos últimos aspectos, se han incorporado al formulario básico la Premorbid Adjustment Scale (PAS) (10) y la Prognostic Scale (S&C-PS) (11).

La SCID (1) se aplica para descartar la presencia actual o anterior de psicosis y para evaluar los trastornos comórbidos. Se utilizan algunas partes de la Composite International Diagnostic Interview (CIDI) (12) para evaluar los cuadros de uso/abuso de sustancias, pues se considera que constituyen un factor ambiental que facilita la recidiva de la psicosis (13, 14).

### Síntomas prodrómicos

La SIPS (2) se utiliza como una herramienta diagnóstica exhaustiva diseñada específicamente para la valoración de una amplia gama de signos y síntomas prodrómicos. La BSABS-P (9) se usa para evaluar las 21 alteraciones cognitivas, de la percepción y motoras percibidas por los propios participantes y que han demostrado tener valor predictivo para la transición hacia la psicosis (5, 15). La PANSS (7) se aplica para establecer la gravedad de los SPIBL y para ampliar la SIPS, incluyendo síntomas negativos y características psicopatológicas globales. Tras la transición hacia la psicosis, se usa para evaluar la gravedad del estado psicótico.

Las características psicopatológicas a lo largo de la vida y la duración de la enfermedad no tratada se determinan a través de la Interview for the Retrospective Assessment of the Onset of Schizophrenia (IRAOS) (16). Todos los síntomas correspondientes a los criterios de participación se evalúan —en cuanto al inicio y al curso del proceso y a las dificultades subjetivas durante los últimos 12 meses— mediante un formulario especial (*Course of Screening Symptoms*).

### Contactos asistenciales

Los antecedentes de contactos con el sistema asistencial, las vías de acceso y los retrasos en la percepción de la asistencia se evalúan mediante un instrumento desarrollado de manera específica y fundamentado en un estudio multicéntrico de la Organización Mundial de la Salud relativo a las vías de acceso al nivel asistencial primario (17, 18). El cuestionario EPOS-Pathways to Care actualizado se utiliza para recoger información sobre los elementos más importantes relacionados con los contactos previos con los organismos de atención, tales como los síntomas de presentación, las razones por las que el paciente solicita asistencia y las razones del retraso en la prestación asistencial.

### Discapacidad y calidad de vida

Se utiliza la Global Assessment of Functioning Scale (GAF-M) (19) para establecer la disminución de la actividad social, como parte del criterio de participación denominado «riesgo familiar más disminución de la actividad». Se utiliza el programa de valoración de la discapacidad de la Organización Mundial de la Salud II denominado World Health Organization-Disability Assessment Schedule II (WHO-DAS II) (20) para determinar las dificultades inducidas por un trastorno mental en el mantenimiento de la asistencia personal, en la realización de las tareas laborales y en la actividad relacionada con la familia y el contexto social más amplio. La escala Modular System for Quality of Life (MSQL-R) (21) es utilizada para evaluar la calidad de vida subjetiva en varias áreas: salud física, vitalidad, satisfacción material,

disfrute del tiempo, relaciones interpersonales, familia y trabajo, así como la calidad de vida psicosocial, afectiva y general.

### Tratamiento y rentabilidad económica

El formulario de documentación del tratamiento (Treatment Documentation Sheet [TDS]) (22) se utiliza para documentar en detalle todos los contactos que han tenido lugar con los organismos sanitarios a consecuencia de problemas de salud mental, por ejemplo, horas de intervención psicológica, número de contactos con los profesionales de la salud mental, dosis y duración de los tratamientos psicofarmacológicos. Este formulario se ha desarrollado en función de una revisión sistemática de la bibliografía y de una recogida exhaustiva y sistemática de los datos relativos a los distintos ámbitos, modalidades e intervenciones terapéuticas existentes en las áreas participantes.

El Client Service Receipt Inventory (CSRI) (23) es un instrumento bien establecido para la evaluación de los costes directos e indirectos de la enfermedad, así como de la rentabilidad económica de las intervenciones aplicadas con buenos resultados en la investigación sobre la esquizofrenia realizada en Europa (24, 25), y ha sido adaptado para su aplicación en el EPOS.

### Parámetros adicionales

La detección de los trastornos de la personalidad según aparecen recogidos en el DSM-III-R se lleva a cabo mediante el Personality Diagnostic Questionnaire (PDQ-R) (26). Los rasgos de la personalidad esquizotípica, que, tal como se ha demostrado de manera repetida, constituyen un factor de riesgo para la esquizofrenia (15, 27, 28) son evaluados de manera sistemática a través del Schizotypal Personality Questionnaire (SPQ) (29), cuya dimensión positiva parece reflejar la vulnerabilidad genética frente a la esquizofrenia (30) así como la tendencia a la psicosis de carácter no familiar (31).

La Level of Expressed Emotion Scale (LEE) (32) es un instrumento de autovaloración que se utiliza para determinar las interacciones del individuo con las personas más significativas para él, y ha sido incluido en el estudio debido a que se considera que un grado elevado de emoción expresada es un factor de riesgo para la recidiva de la psicosis en la esquizofrenia y puede desencadenar el inicio de un primer episodio psicótico en las personas con riesgo de ello (33-37). Por otra parte, la evaluación temprana y repetida mediante este instrumento a lo largo del período prodrómico puede ser útil para determinar si un grado elevado de emoción expresada en las familias de los pacientes esquizofrénicos debe ser considerado un estilo comunicativo general o una reacción de la familia frente a la enfermedad en incipiente desarrollo.

Los recuerdos de episodios traumáticos a lo largo de la vida se revisan mediante la Trauma and Distress Scale (TADS) (38), dado que se ha observado que en los pacientes esquizofrénicos tiene lugar una acumulación de episodios traumáticos (39) que posiblemente contribuyen (de un modo aún no determinado) al desarrollo de la enfermedad.

El Beck Depression Inventory (BDI) (40) se utiliza como una escala de autovaloración para la revisión del curso y la gravedad de los síntomas depresivos a lo largo de las fases de intervenciones prodrómicas, dado que se ha señalado que la depresión presenta retrospectivamente uno de los signos más tempranos y frecuentes de la enfermedad en los pacientes que sufren un primer episodio de esquizofrenia (41).

Los acontecimientos vitales que han tenido lugar durante los 12 meses anteriores al inicio de la participación se evalúan mediante una gráfica adaptada especialmente para el EPOS a partir de la Munich Life Event List (MEL) (42), en la que también se incluye una valoración del episodio y del grado subjetivo de afectación a que da lugar.

## Valoraciones neurocognitivas

Las diferentes fases del procesamiento de la información se controlan a través de una serie de instrumentos neuropsicológicos bien conocidos.

La versión de pares idénticos del Continuous Performance Test (43) es utilizada para determinar el grado de atención sostenida. Se ha demostrado repetidamente que este test indica la vulnerabilidad genética frente a la esquizofrenia no relacionada con la esquizotipia (44-46).

El Auditory Verbal Learning Test (47) se utiliza para investigar si las personas con riesgo presentan un perfil mnésico característico o, incluso, un perfil similar al de los pacientes esquizofrénicos. Este test permite evaluar el recuerdo y el reconocimiento de materiales aprendidos, la progresión del aprendizaje, la inhibición proactiva y retroactiva, el efecto de primacia y el efecto de recuerdo de los materiales más recientes (efecto resencia).

El Verbal Fluency Test (48) es utilizado para evaluar las alteraciones en la fluidez verbal, que son consideradas como un marcador de rasgo familiar para la esquizofrenia (49).

El Finger Tapping Test (50) se usa para determinar las alteraciones psicomotoras, dado que en estudios de investigación previos se ha señalado que las características centrales de las aberraciones motoras están asociadas con la vulnerabilidad frente a la psicosis (51).

La evaluación de la memoria de trabajo espacial se lleva a cabo mediante una versión informatizada del Spatial Memory Test, desarrollada por Cannon et al. (52), que requiere el recuerdo de una secuencia de localizaciones espaciales tras un breve lapso de tiempo; su utilidad se fundamenta en el hecho de que se considera que las alteraciones de la memoria espacial de trabajo representan un posible marcador endofenotípico de la esquizofrenia (53, 54).

## Investigaciones biológicas

Se realizarán evaluaciones mediante RM tridimensional de alta resolución con imágenes ponderadas en T1 y T2. En las regiones significativas se efectuará un estudio morfométrico basado en vóxeles, mediante la aplicación de técnicas de cartografía paramétrica estadística (55). En una segunda fase se aplicará un abordaje basado en la región de interés (*region of interest*, ROI). La dimensión neurofisiológica del procesamiento de la información y sus alteraciones se evaluarán mediante electroencefalografía (EEG) cuantitativa y mediante el análisis de los potenciales relacionados con acontecimientos, es decir, potencial de disparidad (*mismatch negativity*) (56) y P300.

## RESULTADOS

En julio de 2004 habían sido evaluadas 953 personas para determinar su grado de cumplimiento de los criterios de inclusión; en conjunto, 340 (35,7 %) de estas personas cumplían al menos uno de los criterios de inclusión en ausencia de cualquier criterio de exclusión. Un total de 236 (69,4 %) de estas 340 personas otorgó su consentimiento informado para participar en el estudio y fue incluido en el grupo central del EPOS. De las personas evaluadas, 71 (7,4 %) fueron incluidas en el grupo de control I y 175 (18,4 %) en el grupo de control II. Fueron excluidas 367 (38,5 %) personas, en más del 50 % de los casos debido a la existencia de un episodio psicótico previo o actual. Un total de 130 (55,1 %) participantes incluidos en el grupo central era de sexo masculino. La edad media de esta muestra era de 22,5 ( $\pm$  5,1) años (intervalo: 15-35 años; mediana: 21 años), sin diferencias significativas entre los varones (22,3  $\pm$  4,7 años) y las mujeres (22,9  $\pm$  5,6 años).

Entre los 236 participantes incluidos en el grupo central, la mayor parte señaló el padecimiento de SPA (81,6 %). Este conjunto sintomático fue seguido en frecuencia por al menos dos síntomas básicos del grupo de «alteraciones cognitivas» (65,5 %), mientras que los SPIBL (12,6 %) y los cuadros de riesgo familiar más el criterio de disminución de la actividad (16,2 %) presentaron una frecuencia menor. Así, la mayor parte de los participantes cumplía uno (44,2 %) o dos (37,8 %) criterios de inclusión, mientras que sólo unos pocos cumplían tres criterios (16,2 %), y sólo de manera infrecuente algún participante cumplía cuatro criterios (1,8 %); la participación del 13,5 % se fundamentó únicamente en la existencia de alteraciones cognitivas.

## DISCUSIÓN

En principio, los programas preventivos pueden seguir tres abordajes diferentes —universal, selectivo e indicado (57)—, que reflejan los distintos segmentos de población y los diferentes grados de riesgo (58). Obviamente, un abordaje preventivo universal dirigido de manera inespecífica hacia la población general no es apropiado para la detección de un trastorno infrecuente cuya causalidad (aún desconocida) posiblemente sea multifactorial (59). Por otra parte, un abordaje selectivo de la esquizofrenia dirigido hacia un segmento de la población considerado clínicamente sano, pero con riesgo elevado de la enfermedad (p. ej. debido a vulnerabilidad genética), podría dar lugar a una incidencia elevada de casos falsamente positivos y de casos falsamente negativos. Por tanto, el abordaje preventivo de carácter indicado es el que presenta actualmente perspectivas mejores respecto a la detección de la esquizofrenia, debido a que se aplica sobre personas que ya presentan signos clínicos y que posiblemente permanecen en un estado prodrómico. Así, para encarar este proyecto de detección e intervención precoces, nuestro grupo ha utilizado un abordaje indicado en una población que solicita ayuda y que presenta signos y síntomas asociados con un riesgo relativamente elevado de transición hacia psicosis y esquizofrenia. Se considera que, hasta el momento, este enfoque orientado hacia la práctica es el más apropiado para evaluar los posibles factores de riesgo de resistencia y, por lo tanto, puede incrementar la precisión para predecir la transición a la psicosis (60).

Los estudios realizados hasta el momento se han centrado sobre dos objetivos principales: a) la evaluación de criterios para definir y conceptualizar los pródromos y b) la evaluación de las intervenciones terapéuticas para el tratamiento de los signos y síntomas actuales, y la prevención de la aparición de una psicosis franca (3-5, 15, 61-70). Las iniciativas para estimar las posibilidades y oportunidades de la detección y la intervención precoces a través de estos estudios han obligado a considerar de manera estricta los objetivos evaluados en cada uno de ellos, por ejemplo, el análisis de un número limitado de posibles síntomas prodrómicos. El EPOS no solamente implica una adaptación del concepto RUA para la predicción de la psicosis, sino que también utiliza un criterio sintomático básico («alteraciones cognitivas») que, según se ha demostrado, tiene un gran valor predictivo respecto a la esquizofrenia (5, 6). En un primer análisis de los datos iniciales se demuestra que el criterio de «alteraciones cognitivas» permite la detección de algunos individuos en riesgo que no son detectados mediante los criterios RUA. En las valoraciones de seguimiento que se realicen en el contexto del EPOS se demostrará si estas personas constituyen un grupo adicional o si representan un grupo de pacientes en los que la detección se realiza en fases precoces de la evolución, antes de que aparezcan los SPA o los SPIBL. En congruencia con lo observado en otros estudios (71), la mayor parte de los participantes en el EPOS presentaba SPA.

Dado que un abordaje más amplio podría mejorar la capacidad de predicción incluso en el ámbito de la consulta clínica, en el EPOS se realizará no solamente una evaluación detallada de la

evolución de los síntomas, la comorbilidad y el consumo de sustancias, sino que también se llevarán a cabo análisis exhaustivos de los potenciales factores de riesgo y de resistencia, por ejemplo, rasgos de la personalidad, grado de ajuste premórbido, situaciones traumáticas, desarrollo de la actividad social y laboral, acontecimientos vitales, clima familiar y calidad de vida. Por otra parte, también se evaluará la posible contribución de las alteraciones biológicas y neurocognitivas, por ejemplo, los trastornos del procesamiento de la información. Para el desarrollo posterior de un programa preventivo basado en la evidencia son necesarios, además de una herramienta detallada de carácter predictivo, los datos relativos a los sistemas de apoyo y las intervenciones existentes en la actualidad, así como los correspondientes a los costes económicos de la fase prodrómica. Este paso no solamente sirve para el análisis económico de los costes actuales, sino que también permite la creación de programas preventivos basados en la evidencia que tengan en cuenta una evaluación comparativa de costes, la relación coste-efectividad y la rentabilidad económica (58).

Dado que los diferentes sistemas de salud pueden ofrecer estructuras asistenciales distintas, los programas de prevención sólo tendrán éxito si se implementan y mantienen en todo el sistema, y si se pueden adaptar a las oportunidades y necesidades especiales del propio sistema (58). En el contexto europeo, esta estrategia tiene una importancia especial, debido a que la política europea tiene una gran incidencia sobre la salud pública. Debido a que tiene en cuenta todos estos aspectos, el EPOS es hasta el momento un proyecto excepcional, que permitirá obtener datos esenciales respecto a la prevención futura de la psicosis a través de métodos basados en la evidencia.

## APÉNDICE

El grupo EPOS está constituido por Joachim Klosterkötter, Stephan Ruhrmann, Frauke Schultze-Lutter, Heinrich von Reventlow, Heinz Picker, Katarina Savic, Meike Neumann, Anke Brockhaus y Ralf Pukrop (University of Cologne, Alemania); Raimo K.R. Salokangas, Markus Heinimaa, Jyrki Korkeila, Tanja Suomela, Anna-Mari Heinisuo, Jyrki Heikkilä, Tuula Ilonen, Terja Ristkari, Jaakko Rekola, Jukka Huttunen, Jarmo Hietala y Erkka Syvälahti (University of Turku, Finlandia); Don Linszen, Peter Dingemans, Hiske Becker, Dorien Nieman, Reinoud van de Fliert y Maurice Niessen (University of Amsterdam, Holanda); Max Birchwood, Paul Patterson, Amanda Skeate, Leslie Harrison y Chris Jackson (University of Birmingham, Reino Unido); Andreas Heinze, Georg Juckel, Henning Witthaus, Seza Ozgürdal, Yehonala Gudlowski y Frank Forstreuter (University of Berlin, Alemania); Anthony Morrison, Paul French y Helen Stevens (University of Manchester, Reino Unido). El International Advisory Board está formado por Patrick D. McGorry, Thomas H. McGlashan, Shôn Lewis y Martin Knapp.

## Agradecimientos

El EPOS ha sido financiado a través del Quinto Programa Marco de la Comisión Europea (subvención QL4-CT-2001-01081).

*World Psychiatry 2005; 3: 161-166*

## Bibliografía

1. First MB, Spitzer RL, Gibbon M et al. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID I). Washington: American Psychiatric Association, 1997.
2. McGlashan TH, Miller TJ, Woods SW et al. Structured Interview for Prodromal Syndromes (Version 3.0). New Haven: PRIME Research Clinic, Yale School of Medicine, 2001.
3. Phillips L, Yung AR, McGorry PD. Identification of young people at risk of psychosis: validation of personal assessment and crisis evaluation clinic intake criteria. *Aust N Zeal J Psychiatry* 2000; 34(Suppl.):S164-9.
4. Woods SW, Miller TJ, McGlashan TH. The "prodromal" patient: both symptomatic and at-risk. *CNS Spectr* 2001;6:223-32.
5. Schultze-Lutter F. Früherkennung der Schizophrenie anhand subjektiver Beschwerdeschilderungen: ein methodenkritischer Vergleich der Vorhersageleistung nonparametrischer statistischer und alternativer Verfahren zur Generierung von Vorhersagemodellen. PhD Thesis at the Philosophical Faculty of the University of Cologne, 2001.
6. Schultze-Lutter F, Ruhrmann S, Klosterkötter J. Can schizophrenia be predicted phenomenologically? In: Johannessen JO, Martindale B, Cullberg J (eds). *Evolving psychosis. Different stages, different treatments*. Hove: Routledge (in press).
7. Kay S, Fiszbein A, Opler LA. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull* 1987; 13:261-76.
8. Schultze-Lutter F, Klosterkötter J. Bonn Scale for the Assessment of Basic Symptoms - Prediction List, BSABS-P. Cologne: University of Cologne, 2002.
9. Salokangas RKR, Suomela T. Basic Data Form. Turku: University of Turku, 2002.
10. Cannon-Spoor H, Potkin G, Wyatt J. Measurement of premorbid adjustment in chronic schizophrenia. *Schizophr Bull* 1982;8:470-84.
11. Strauss JS, Carpenter WT Jr. The Prognostic Scale (1974). *Schizophr Bull* 1977;3:209-13.
12. World Health Organization. The Composite International Diagnostic Interview. Core version 1.1. Washington: American Psychiatric Press, 1993.
13. Linszen DH, Dingemans PM, Lenior M. Cannabis abuse and the course of recent-onset schizophrenic disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51:273-9.
14. Hambrecht M, Häfner H. Cannabis, vulnerability, and the onset of schizophrenia: an epidemiological perspective. *Aust N Zeal J Psychiatry* 2000;34:468-75.
15. Klosterkötter J, Hellmich M, Steinmeyer EM et al. Diagnosing schizophrenia in the initial prodromal phase. *Arch Gen Psychiatry* 2001;58:158-64.
16. Häfner H, Riecher-Rössler A, Hambrecht M et al. IRAOS: an instrument for the assessment of the onset and early course of schizophrenia. *Schizophr Res* 1992;6:209-23.
17. Gater R, De Almeida E, Sousa B et al. The pathways to psychiatric care: a cross-cultural study. *Psychol Med* 1991;21:761-74.
18. Vázquez-Barquero JL, Herrero Castaneda S, Artal JA et al. Pathways to psychiatric care in Cantabria. *Acta Psychiatr Scand* 1993;88:229-34.
19. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed. Washington: American Psychiatric Association, 1994.
20. World Health Organization. World Health Organization Psychiatric Disability Assessment Schedule - Second version (WHO-DAS-II). Geneva: World Health Organization, 1999.
21. Pukrop R, Möller H-J, Steinmeyer EM. Quality of life in psychiatry: a systematic contribution to construct validation and the development of the integrative assessment tool 'Modular System for Quality of Life'. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2000;250:120-32.
22. Patterson P, Birchwood M, Skeate A. TDS-EPOS. Birmingham: University of Birmingham, 2002.
23. Becker T, Knapp M, Knudsen HC et al. The EPSILON study of schizophrenia in five European countries. Design and methodology for standardising outcome measures and comparing patterns of care and service costs. *Br J Psychiatry* 1999;175:514-21.
24. Chisholm D, Knapp MR, Knudsen HC et al. Client Socio-Demographic and Service Receipt Inventory - European Version: development of an instrument for international research. EPSILON Study 5. European Psychiatric Services: Inputs Linked to Outcome Domains and Needs. *Br J Psychiatry* 2000;177(Suppl. 39):S28-33.

25. Chisholm D, Knapp M. The economics of schizophrenia care in Europe: the EPSILON study. *Epidemiol Psychiatr Soc* 2002;11:12-7.
26. Hyler SE, Rieder RO. *Personality Diagnostic Questionnaire - Revised*. New York: New York State Psychiatric Institute, 1987.
27. Fenton WS, McGlashan TH. Risk of schizophrenia in character disordered patients. *Am J Psychiatry* 1989;146:1280-4.
28. Salokangas RKR. Predictors of transition: from prodrome to psychosis. *Neurol Psychiatry Brain Res* 2001;9:161-8.
29. Raine A. The SPQ: a scale for the assessment of schizotypal personality based on DSM-III-R criteria. *Schizophr Bull* 1991;17:556-64.
30. Vollema MG, Sitskoorn MM, Appels MC et al. Does the Schizotypal Personality Questionnaire reflect the biological-genetic vulnerability to schizophrenia? *Schizophr Res* 2002;54:39-45.
31. Rossi A, Daneluzzo E. Schizotypal dimensions in normals and schizophrenic patients: a comparison with other clinical samples. *Schizophr Res* 2002;54:67-75.
32. Cole JD, Kazarian SS. The Level of Expressed Emotion Scale: a new measure of expressed emotion. *J Clin Psychol* 1988;44:392-7.
33. Birchwood M, Cochrane R. Families coping with schizophrenia: coping styles, their origins and correlates. *Psychol Med* 1990;20:857-65.
34. Birchwood M, Smith J. Expressed emotions and first episodes of schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1987;151:859-60.
35. Jenkins JH, Karno M. The meaning of expressed emotion: theoretical issues raised by cross-cultural research. *Am J Psychiatry* 1992;149:9-21.
36. Linszen DH, Dingemans PM, van der Does JW et al. Treatment, expressed emotion and relapse in recent onset schizophrenic disorders. *Psychol Med* 1996;26:333-42.
37. Scazufca M, Kuipers E. Stability of expressed emotion in relatives of those with schizophrenia and its relationship with burden of care and perception of patients' social functioning. *Psychol Med* 1997;28:453-61.
38. Patterson P, Skeate A, Birchwood M et al. *TADS-EPOS 1.2*. Birmingham: University of Birmingham, 2002.
39. Brady KT, Killeen TK, Brewerton T et al. Comorbidity of psychiatric disorders and posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry* 2000;61(Suppl. 7):22-32.
40. Beck AT. *The Beck Depression Inventory - BDI*. San Antonio: The Psychological Cooperation, 1978.
41. Häfner H, Löffler W, Maurer K et al. Depression, negative symptoms, social stagnation and social decline in the early course of schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 1999;100:105-18.
42. Wittchen HU, Essau CA, Hecht H et al. Reliability of life event assessments: test-retest reliability and fall-off effects of the Munich Interview for the Assessment of Life Events and Conditions. *J Affect Disord* 1989;6:7-91.
43. Cornblatt BA, Lenzenweger MF, Erlenmeyer-Kimling L. The Continuous Performance Test, Identical Pairs version: II. Contrasting attentional profiles in schizophrenic and depressed patients. *Psychiatry Res* 1989;9:65-85.
44. Cornblatt BA, Malhotra AK. Impaired attention as an endophenotype for molecular genetic studies of schizophrenia. *Am J Med Genet* 2001;105:11-5.
45. Laurent A, Saoud M, Bougerol T et al. Attention deficits in patients with schizophrenia and their non-psychotic first-degree relatives. *Psychiatry Res* 1999;89:147-59.
46. Franke P, Maier W, Hardt J et al. Cognitive functioning and anhedonia in subjects at risk for schizophrenia. *Schizophr Res* 1993;22:181-5.
47. Lezak MD. *Neuropsychological assessment*. New York: Oxford University Press, 1983.
48. Gilvarry CM, Russell A, Jones P et al. Verbal fluency in patients with schizophrenia and affective psychoses and their first-degree relatives. *Psychol Med* 2001;31:695-704.
49. Chen YL, Chen YH, Lieh-Mak F et al. Semantic verbal fluency deficit as a familial trait marker in schizophrenia. *Psychiatry Res* 2000;95:133-48.
50. Halstead WC. *Brain and intelligence*. Chicago: University of Chicago Press, 1947.
51. Flyckt L, Wiesel FA, Borg J et al. Neuromuscular and psychomotor abnormalities in patients with schizophrenia and their first-degree relatives. *J Psychiatr Res* 2000;34:355-64.
52. Cannon TD, Huttunen MO, Lonnqvist J et al. The inheritance of neuropsychological dysfunction in twins discordant for schizophrenia. *Am J Hum Genet* 2000;67:369-82.
53. Glahn DC, Therman S, Manninen M et al. Spatial working memory as an endophenotype for schizophrenia. *Biol Psychiatry* 2003;53:624-6.
54. Park S, Püschel J, Sauter BH et al. Spatial working memory deficits and clinical symptoms in schizophrenia: a 4-month follow-up study. *Biol Psychiatry* 1999;46:392-400.
55. Ashburner J, Friston KJ. Voxel-based morphometry - the methods. *Neuroimage* 2000;11:805-21.
56. Brockhaus-Dumke A, Tendolkar I, Pukrop R et al. Impaired mismatch negativity generation in prodromal subjects and patients with schizophrenia. *Schizophr Res* 2005;73:297-310.
57. Mrazek PJ, Haggerty RJ (eds). *Reducing risks for mental disorders: frontiers for preventive intervention research*. Washington: National Academy Press, 1994.
58. Kellam SG, Langevin DJ. A framework for understanding "evidence" in prevention research and programs. *Prev Sci* 2003;4:137-53.
59. Sivagnansundaram S, Mueller DJ, Gubanov A et al. Genetics of schizophrenia: current strategies. *Clin Neurosci Res* 2003;3:5-16.
60. McGlashan TH, Linszen DH. Long delays in seeking treatment for schizophrenia. *Lancet* 2001;358:1099.
61. Cornblatt BA. The New York High Risk Project to the Hillside Recognition and Prevention (RAP) Program. *Am J Med Genet* 2002;114:956-66.
62. Falloon IRH. Early intervention for first episodes of schizophrenia: a preliminary exploration. *Psychiatry* 1992;55:4-15.
63. Häfner H, Maurer K, Ruhrmann S et al. Early detection and secondary prevention of psychosis: facts and visions. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2004;254:117-28.
64. Heinimaa M, Salokangas RKR, Ristkari T et al. PROD-SCREEN - a screen for prodromal symptoms of psychosis. *Int J Methods Psychiatr Res* 2003;12:92-104.
65. McGorry PD, Yung AR, Phillips LJ et al. Randomized controlled trial of interventions designed to reduce the risk of progression to first-episode psychosis in a clinical sample with sub-threshold symptoms. *Arch Gen Psychiatry* 2002;59:921-8.
66. McGlashan TH, Zipursky RB, Perkins D et al. The PRIME North America randomized double-blind clinical trial of olanzapine versus placebo in patients at risk of being prodromally symptomatic for psychosis. I. Study rationale and design. *Schizophr Res* 2003;61:7-18.
67. Miller TJ, McGlashan TH, Lifshey Rosen J et al. Prospective diagnosis of the initial prodrome for schizophrenia based on the Structured Interview for Prodromal Syndromes: preliminary evidence of interrater reliability and predictive validity. *Am J Psychiatry* 2002;159:863-5.
68. Morrison AP, French P, Walford L et al. Cognitive therapy for the prevention of psychosis in people at ultra-high risk: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2004;185:291-7.
69. Ruhrmann S, Schultze-Lutter F, Klosterkötter J. Early detection and intervention in the prodromal phase of schizophrenia. *Pharmacopsychiatry* 2003;36(Suppl. 3):S162-7.
70. Yung AR, Phillips LJ, Yuen HP et al. Psychosis prediction: 12-month follow up of a high risk ("prodromal") group. *Schizophr Res* 2003;60:21-32.
71. Schultze-Lutter F. Prediction of psychosis is necessary and possible. In: McDonald C, Schulze K, Murray R et al (eds). *Schizophrenia: challenging the orthodox*. London: Taylor & Francis, 2004:81-90.

# Proyecto EUNOMIA sobre la coacción en psiquiatría: diseño del estudio y datos preliminares

THOMAS W. KALLERT<sup>1</sup>, MATTHIAS GLÖCKNER<sup>1</sup>, GEORGI ONCHEV<sup>2</sup>, JIŘÍ RABOCH<sup>3</sup>, ANASTASIA KARASTERGIOU<sup>4</sup>, ZAHAVA SOLOMON<sup>5</sup>, LORENZA MAGLIANO<sup>6</sup>, ALGIRDAS DEMBINSKAS<sup>7</sup>, ANDRZEJ KIEJNA<sup>8</sup>, PETR NAWKA<sup>9</sup>, FRANCISCO TORRES-GONZÁLEZ<sup>10</sup>, STEFAN PRIEBE<sup>11</sup>, LARS KJELLIN<sup>12</sup>

<sup>1</sup>Department of Psychiatry and Psychotherapy, University of Technology, Dresden, Germany; <sup>2</sup>Department of Psychiatry, Medical University of Sofia, Bulgaria; <sup>3</sup>Psychiatric Department, 1st Medical School, Charles University, Prague, Czech Republic; <sup>4</sup>Psychiatric Hospital, Thessaloniki, Greece; <sup>5</sup>School of Social Work and Geha Mental Health Center, University of Tel Aviv, Israel; <sup>6</sup>Department of Psychiatry, University of Naples, Italy; <sup>7</sup>Psychiatric Clinic, Vilnius Mental Health Centre, University of Vilnius, Lithuania; <sup>8</sup>Department of Psychiatry, Medical University, Wrocław, Poland; <sup>9</sup>Psychiatric Hospital, Michalovce, Slovak Republic; <sup>10</sup>Department of Legal Medicine and Psychiatry, Medical Faculty, University of Granada, Spain; <sup>11</sup>Unit for Social and Community Psychiatry, Queen Mary, University of London, UK; <sup>12</sup>Psychiatric Research Centre, Örebro, Sweden

*En los estudios nacionales efectuados previamente se ha observado una variabilidad significativa en diversos aspectos de los parámetros terapéuticos coercitivos en psiquiatría. El proyecto EUNOMIA es un estudio de carácter internacional financiado por la Comisión Europea, cuyo objetivo es evaluar la práctica clínica respecto a estos parámetros coercitivos, y sus resultados. El proyecto EUNOMIA es un estudio epidemiológico de observación que se está efectuando en 13 centros de 12 países europeos. En este artículo se describe el diseño del estudio y se ofrecen datos preliminares sobre las áreas geográficas evaluadas, los investigadores, los métodos y las modalidades asistenciales en los centros participantes.*

**Palabras clave:** coacción, hospitalización voluntaria, tratamiento hospitalario

El empleo de la coerción en psiquiatría ha sido poco estudiado. Con este término se hace referencia al ingreso involuntario en un hospital psiquiátrico o en una planta psiquiátrica de un hospital general y a la aplicación de medidas como el aislamiento, las restricciones físicas y el consumo forzado de medicamentos (1-3). El único dato validado en esta área tan delicada es la existencia de una importante variación transnacional respecto a cuestiones como las disposiciones legales sobre salud mental y los índices de ingresos involuntarios en los hospitales psiquiátricos (3, 4). En cuanto a las hospitalizaciones involuntarias, los índices de los diversos países europeos difieren por un factor de casi 20, y en la mayor parte de los países se observa actualmente un aumento de dichos índices (5, 6). Por otra parte, tal como han señalado de manera repetida las organizaciones de pacientes y los distintas organizaciones políticas (7), no se han establecido, desde el punto de vista legal o clínico, directrices o normas de práctica correcta respecto a las medidas terapéuticas de carácter coercitivo (3, 8).

Esta situación contrasta con uno de los objetivos generales más importantes planteados por la Unión Europea: la estandarización de las oportunidades asistenciales y de las condiciones de vida de los ciudadanos que residen en cada uno de los estados individuales. Por otra parte, el creciente interés, durante el último decenio, en las perspectivas de la sociedad general respecto a la salud mental (9) ha contribuido a la aparición de una preocupación cada vez mayor por la posibilidad de que las medidas coercitivas aplicadas en el ámbito de la psiquiatría puedan dar lugar a una vulneración innecesaria de los derechos de los pacientes (10).

Sobre este complejo trasfondo, la Comisión Europea está financiando actualmente el proyecto denominado European Evaluation of Coercion in Psychiatry and Harmonization of Best Clinical Practice (EUNOMIA), en el contexto de su Quinto Programa Marco de Investigación. El objetivo principal de este proyecto es el análisis de las variaciones existentes entre las distintas naciones respecto a los tratamientos psiquiátricos coercitivos, los factores que influyen en dichas variaciones y sus consecuencias.

El proyecto se está llevando a cabo en 13 centros de 12 países europeos. Los interrogantes de la investigación son los siguientes:

1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes hospitalizados involuntariamente por mandato legal y de los pacientes hospitalizados voluntariamente pero que se sienten coaccionados para ingresar en un hospital?

2. ¿Con qué frecuencia e intensidad perciben la coacción los pacientes ingresados voluntaria e involuntariamente (desde el punto de vista jurídico) en los hospitales?
3. ¿Cuáles son las medidas terapéuticas de carácter coercitivo que se aplican a ambos grupos de pacientes?
4. ¿Cuál es la evolución a medio plazo de los pacientes pertenecientes a ambos grupos?
5. ¿Cuáles son los factores predictivos que indican, a medio plazo, una evolución más favorable o menos favorable en ambos grupos de pacientes?
6. ¿Cuáles son las variaciones que existen entre los distintos países respecto a los interrogantes 1-5?

En este artículo se expone el diseño del estudio y se ofrecen datos preliminares correspondientes a las áreas geográficas evaluadas, a los investigadores, a los hospitales y a las modalidades asistenciales en los centros participantes.

## MÉTODOS

El estudio se lleva a cabo en 13 centros de 12 países europeos: Dresde, Alemania; Sofía, Bulgaria; Praga, República Checa; Tesalónica, Grecia; Tel Aviv, Israel; Nápoles, Italia; Vilnius, Lituania; Wrocław, Polonia; Michalovce, República Eslovaca; Granada y Málaga, España; Örebro, Suecia, y Londres Este, Reino Unido. Se espera que en cada centro puedan ser evaluados 250 pacientes hospitalizados de manera involuntaria, con una edad entre 18 y 65 años y con capacidad para otorgar su consentimiento informado. Los pacientes asignados a este grupo han sufrido la aplicación de medidas coercitivas durante su hospitalización, definidas según la legislación correspondiente a cada país. Para identificar el segundo grupo de estudio en cada centro, se realiza la evaluación de una muestra seleccionada aleatoriamente de al menos 375 pacientes hospitalizados voluntariamente en plantas hospitalarias en las que también están ingresados los pacientes hospitalizados involuntariamente. Se realiza una evaluación de estos pacientes en cuanto a su experiencia subjetiva de percepción de coacción para la hospitalización, a través de la Perceived Coercion Scale correspondiente a la MacArthur Admission Experience Survey. Se solicita la participación en el estudio a los pacientes que señalan haber percibido coacción en tres o más de los cinco aspectos evaluados por este instrumento.

Cada paciente es evaluado en tres momentos de tiempo: a lo largo de los primeros 7 días desde su hospitalización (t1), a las 4 semanas (t2) y a los 3 meses (t3), con independencia de cuál sea su situación vital actual (tabla 1). La evaluación incluye una documentación de las medidas coercitivas, definidas de acuerdo con los criterios que se especifican a continuación:

El aislamiento es la permanencia involuntaria de un individuo solo en una habitación cerrada, que puede haber sido habilitada precisamente para ese propósito. La restricción física se refiere a la inmovilización de al menos uno de los miembros del paciente mediante el uso de algún dispositivo de tipo mecánico, o la sujeción de al menos uno de los miembros del paciente por parte de un trabajador sanitario durante un período superior a 15 minutos. La medicación forzada hace referencia a las actividades en las que se utilizan medios de restricción física o una presión psicológica intensa (con la participación de al menos tres trabajadores del hospital) para administrar la medicación al paciente en contra de su voluntad. La detención involuntaria se define por cualquiera de los criterios siguientes: *a)* el paciente ingresó voluntariamente al hospital, pero posteriormente retiró su consentimiento respecto a la hospitalización; *b)* se ha excedido el período de tiempo definido legalmente (diferente en los distintos países) durante el cual el hospital puede

mantener retenido inicialmente a un paciente sin necesitar autorización judicial; *c)* el arresto obligado por las autoridades legales.

Las características de los centros participantes han sido evaluadas mediante los instrumentos siguientes: *a)* el European Socio-Demographic Schedule (ESDS) (11), para valorar las características sociodemográficas de la zona geográfica atendida; *b)* el European Service Mapping Schedule (ESMS Version 3) (12) para la descripción y clasificación estandarizadas de los servicios de salud mental establecidos; *c)* un instrumento para la valoración estandarizada de las características estructurales/organizativas de los hospitales (13); *d)* la International Classification of Mental Health Care (ICMHC), (14) para la descripción de las intervenciones sobre la salud mental en las plantas hospitalarias de enfermos agudos.

Doce miembros del equipo de investigación, cada uno de ellos perteneciente a uno de los centros participantes, asistieron a una sesión formativa especial que se realizó en Tesalónica con el objetivo de evaluar la fiabilidad interobservadores respecto a la ICMHC. Después, se valoró esta fiabilidad interobservadores en el hospital de día y en las plantas hospitalarias de agudos del centro griego participante en el estudio, y se calculó un coeficiente kappa lineal de Cohen modificado y ponderado.

**Tabla 1** Instrumentos utilizados en el estudio EUNOMIA para evaluar los datos relacionados con los pacientes

Concepto	Instrumentos (fuente de información)	Momentos cronológicos de evaluación		
		t1	t2	t3
Coacción percibida respecto a la hospitalización	Ítems de coacción percibida en el MacArthur Admission Experience Survey (entrevista al paciente)	X		
Coacción y presiones percibidas respecto a la hospitalización	Cantril Ladder of Perceived Coercion, ítems en el Nordic Study on Coercion (entrevista al paciente)	X		
Coacción y presiones percibidas respecto a la permanencia (sólo si continúa el episodio índice)	Cantril Ladder of Perceived Coercion, ítems en el Nordic Study on Coercion (entrevista al paciente)		X	X
Evaluación de los resultados, por ejemplo, uso de los servicios psiquiátricos y establecimiento de contacto con la policía y con los servicios judiciales tras el alta hospitalaria (sólo si el paciente recibe el alta después del episodio índice)	Ítems autodefinidos (entrevista al paciente, historia clínica)			X
Características del tratamiento	Ítems autodefinidos (historia clínica)		De manera continua	
Detalles de cada medida coercitiva aplicada durante las primeras 4 semanas desde la hospitalización índice	Ítems autodefinidos (historia clínica)		De manera continua	
Características sociodemográficas y clínicas fijas	Ítems autodefinidos (historia clínica, entrevista al paciente)	X		
Características sociodemográficas variables	Ítems autodefinidos (historia clínica, entrevista al paciente)	X	X	X
Grado de cumplimiento del tratamiento por parte del paciente	Ítems autodefinidos (valoración por el personal de plantilla si el paciente permanece hospitalizado; en los demás casos, entrevista al paciente)	X	X	X
Coacción percibida por el personal de plantilla (sólo si continúa el episodio índice)	Cantril Ladder of Perceived Coercion, reexpresada (valoración por el personal de plantilla)	X	X	X
Agresión del paciente (sólo si el paciente está hospitalizado actualmente)	Modified Overt Aggression Scale (valoración por el personal de plantilla)	X	X	X
Gravedad de los síntomas	Brief Psychiatric Rating Scale, versión de 24 ítems (valoración por los investigadores)	X	X	X
Gravedad de los síntomas y nivel de actividad	Global Assessment of Functioning (valoración por los investigadores)	X	X	X
Grado de satisfacción del paciente con el tratamiento (evaluación retrospectiva si el paciente ha recibido el alta respecto al episodio índice)	Client's Assessment of Treatment, 7 ítems principales (entrevista al paciente)	X	X	X
Calidad de vida autovalorada (opcional en cada centro)	Manchester Short Assessment of Quality of Life (entrevista al paciente)	X	X	X

**Tabla 2** Características de los centros participantes en el estudio EUNOMIA

	Dresde	Sofia	Praga áreas 2, 3,4, 8,10)	Tesa- lónica	Tel Aviv	Nápoles	Vilnius	Wroclaw	Micha- lovce	Granada	Málaga	Londres Este	Örebro
Habitantes en el área geográfica evaluada	478.631	900.000	477.626	450.000	538.200	2.265.547	217.800	640.367	326.534	445.497	600.000	451.119	273.412
Superficie del área geográfica evaluada (km <sup>2</sup> )	328	1.311	99	aprox. 7.000	284	13.595	163	293	4.312	aprox. 6.300	aprox. 3.600	58	8.546
Carácter urbano o rural del área geográfica evaluada	urbano	urbano + rural	urbano	urbano + rural	urbano	urbano + rural	urbano	urbano	urbano + rural	urbano + rural	urbano + rural	urbano	urbano + rural
Tasa de paro (%)	14,7	14,4	5,6	8,1	15,8	24,9	7,1	16,4	34,3	21,9	17,3	11,2	- <sup>a</sup>
Población de 65 o más años de edad (%)	17,4	15,4	19,7	11,3	9,4	8,1	11,5	14,9	10,7	15,5	14	8	18,2
Tasa de suicidio por cada 100.000 habitantes: varones/mujeres	22,9/10,9	17,8/7,5	21,3/5,9	5,7/1,6 <sup>b</sup>	10,5/2,6 <sup>b</sup>	2,3/0,7	43,3/9	12,6/3,5	7,9/0,6	11,4/4,1	12,6/2,8	8,3/1,7	22,9/13,7
Medios ESMS-R2 <sup>c</sup> número de camas	305	125	268	68	136	106	86	196	100	30	30	161	89
personal de plantilla por cama	1	0,7	0,7	0,7	0,5	2	0,8	0,7	0,4	1,3	1,2	0,9	2
Medios ESMS-R6 <sup>d</sup> número de camas	0	70	180	53	0	0	0	184 <sup>e</sup>	60	15	20	45	0
personal de plantilla por cama	-	0,8	0,4	0,6	-	-	-	0,2	0,3	2,2	1,4	1,1	-
Número de hospitales participantes en el estudio EUNOMIA	4	2	2	1	1	5	1	1	1	1	1	2	3
Número de plantas hospitalarias de enfermos agudos participantes en el estudio EUNOMIA	5	5	6	1	2	6	2	4	4	1	1	10	7
Número de plantas hospitalarias de enfermos agudos que permanecen cerradas en todo momento	4	5	6	0	2	6	2	4	2	1	1	1	6
Camas psiquiátricas generales en estas plantas hospitalarias de enfermos agudos	89	139	220	50	68	80	80	110	100	30	30	163	100 <sup>f</sup>
Número medio de camas por habitación	1,9	5,6	4,2	1,8	3,1	3	8	3,3	2,7	1,7	3	1,3	1,2
Horas laborales: médicos (por cama y por semana)	5,3	2,6	5,5	11,2	5,9	20,5	4,1	3,4	2,2	14	6,7	5,6	2,8
Horas laborales: profesionales de enfermería (por cama y por semana)	26,9	9,4	18	32	23,5	52,1	7,7	15,5	8,4	15,2	12	22,3	18,1
Horas laborales: el resto del personal clínico de plantilla (por cama y por semana)	38,1	19,9	26,5	46,4	32,9	77,2	22	31,7	11,4	51,3	44,7	38,5	59,8
ICMHC <sup>g</sup> 01: establecimiento y mantenimiento de relaciones	1-2	1	1	2	2	1-2	1	1-2	1	1	1	2-3	1-3
ICMHC 02: evaluación de problemas y evaluación funcional	2	2-3	2-3	2	3	2	2	2-3	1	2	2	3	3
ICMHC 03: coordinación asistencial	1	1	2	1	2	2	1	0-1	2	1	1	1-3	2-3
ICMHC 04: asistencia médica general	2-3	1-2	2	2	2	3	2	2	3	3	3	1-3	2-3
ICMHC 05: entrevista sobre otras actividades cotidianas	2	1	1	1	2	2	1	1	1	2	2	1-2	1-2
ICMHC 06: intervenciones psicofarmacológicas y somáticas de otro tipo	2-3	3	3	2	3	2	3	3	3	3	2	3	2-3
ICMHC 07: intervenciones psicológicas	1-3	1-2	1-2	2	3	1-2	1	2-3	2	1	1	1-2	1-3
ICMHC 08: (re)educación básica, habilidades interpersonales y sociales	1-2	1	1-2	1	3	1-2	1	2	2	1	1	1-3	0-1
ICMHC 09: intervenciones relacionadas con las actividades cotidianas	2	1	1-3	1	1	1-3	1	1-2	2	1	2	2-3	0-2
ICMHC 10: intervenciones dirigidas hacia la familia, los amigos y otras personas	1-2	1	1-2	2	2	1-2	1	1	1	1	1	0-2	0-3

ESMS: European Service Mapping Schedule; ICMHC: International Classification of Mental Health Care.

<sup>a</sup>Sin datos regionales válidos, pero con una tasa de paro baja. <sup>b</sup>Datos nacionales, inexistencia de datos relativos al área geográfica evaluada. <sup>c</sup>Plantas hospitalarias (en los hospitales psiquiátricos y generales) en donde se realiza sistemáticamente hospitalización de enfermos en situación aguda procedentes del área geográfica evaluada. <sup>d</sup>Plantas de hospitalización psiquiátrica de enfermos crónicos en las que los pacientes son ingresados durante periodos de tiempo indefinidos y que son atendidas por personal de plantilla durante las 24 horas del día. <sup>e</sup>Sin estandarización respecto al área geográfica evaluada, se aplica a una región geográfica mayor. <sup>f</sup>Incluye ocho camas para el tratamiento de cuadros de adicción. <sup>g</sup>Escala de valoración ICMHC para el grado de especialización en cada modalidad asistencial: 3 = alto grado de especialización; 2 = grado intermedio de especialización; 1 = bajo grado de especialización; 0 = no aplicable a este modelo asistencial.

## RESULTADOS

En más de la mitad de las áreas geográficas participantes en el estudio EUNOMIA hay una población de aproximadamente 500.000 habitantes (tabla 2); tres áreas presentan una población considerablemente menor, y en dos áreas la población es significativamente mayor. Dado que en siete de las áreas geográficas participantes se incluye un componente rural, la densidad de la población muestra variaciones enormes incluso entre áreas con una población similar, oscilando entre 32 (Örebro) y 8.845 habitantes (Londres Este) por kilómetro cuadrado. Tal como se demuestra por los índices de paro, entre estas regiones hay diferencias económicas muy notables. Mientras que la población de las áreas geográficas de República Checa, Suecia y Alemania presenta porcentajes bastante elevados de personas de edad avanzada, ésta no es la situación en las áreas correspondientes a Tel Aviv, Nápoles y Londres. Las tasas de suicidio observadas en las distintas áreas geográficas evaluadas presentan diferencias de hasta casi 20 veces respecto a los varones y de más de 10 veces respecto a las mujeres, debido al bajo riesgo de suicidio observado en Italia, Grecia, Eslovaquia e Inglaterra, y al elevado riesgo de suicidio en el área geográfica de Lituania.

La proporción de camas de psiquiatría por cada 1.000 habitantes oscila entre 0,05 y 0,64. Las proporciones mayores se observan en las áreas geográficas de Alemania (0,64) y República Checa (0,56), mientras que las menores corresponden a las áreas geográficas de Italia y España (ambas por debajo de 0,07), Bulgaria (0,14), Grecia (0,15) e Israel (0,25). Hay grandes diferencias entre el este y el oeste de Europa con respecto a las plantillas hospitalarias: se cuenta con 0,4-0,7 profesionales sanitarios por cama en las áreas de Europa Oriental y con 0,9 o más profesionales sanitarios por cama en las áreas geográficas de Europa Occidental; las proporciones mayores son las correspondientes a Örebro y Nápoles (en ambos casos, 2,0).

Los datos que describen algunas de las características centrales de las plantas hospitalarias de enfermos agudos (tabla 2) demuestran que el funcionamiento de estas plantas es distinto en las diferentes áreas geográficas estudiadas. Uno de los indicadores de la comodidad durante la hospitalización, el número medio de camas por habitación, muestra un cierto gradiente oeste-este que puede influir en la aplicación de medidas terapéuticas de carácter coercitivo tales como las restricciones con dispositivos mecánicos o el aislamiento. De la misma manera, se supone que la práctica de abordajes terapéuticos coercitivos está influida por el hecho de que las puertas de acceso a la planta de enfermos agudos no estén siempre cerradas (especialmente, en los centros de Tesalónica y de Londres). Por otra parte, la práctica clínica posiblemente está influida por las importantes diferencias en la dotación de plantilla de los hospitales: algunos centros de Europa Central (Sofía, Vilnius, Michalovce) muestran las plantillas más escasamente dotadas (11,4-22 horas laborales de los principales grupos profesionales por cama y por semana), mientras que los centros de España, Grecia, Suecia e Italia presentan dotaciones de plantilla muy adecuadas.

A pesar de estas diferencias en las dotaciones de la plantilla hospitalaria, el grado de especialización de las modalidades asistenciales más importantes dedicadas a las personas con problemas agudos de salud mental parece ser similar en los distintos centros participantes en el proyecto EUNOMIA. Las modalidades asistenciales evaluadas son la valoración de problemas y la valoración funcional (es decir, todas las actividades necesarias para la formulación, el seguimiento y el ajuste consiguiente de un plan terapéutico o de rehabilitación individual), la asistencia médica general (proporcionada por los profesionales sanitarios a los pacientes que sufren problemas somáticos y problemas psíquicos) y las intervenciones psicofarmacológicas y somáticas de otro tipo. Ninguna de estas modalidades asistenciales se ofrece por debajo de un grado intermedio de especialización (con excepción de la asistencia mé-

dica general en el área geográfica de Bulgaria). El grado de especialización en las otras modalidades asistenciales también es similar en todas las áreas geográficas evaluadas: entre estas modalidades están el establecimiento y el mantenimiento de relaciones asistenciales (es decir, todas las actividades dirigidas a la inclusión en el proceso de asistencia de salud mental de todas las personas con necesidad de ayuda profesional); la coordinación asistencial (que comprende todas las actividades necesarias para que los individuos tengan acceso a todos los recursos sanitarios y sociales necesarios en el área geográfica evaluada); las actividades básicas de reeducación y de relaciones interpersonales y sociales (es decir, el ofrecimiento de actividades según modelos teóricos bien definidos diseñados para ayudar a las personas a superar sus dificultades y sus cuadros de discapacidad personal), y las intervenciones psicológicas fundamentadas en modelos teóricos bien definidos y proporcionadas por profesionales con formación específica. Algunas de las diferencias más destacadas en cuanto al grado de especialización corresponden al resto de las modalidades asistenciales que requieren dotaciones de plantilla mayores.

El grado global de concordancia entre observadores respecto a la ICMHC fue adecuado tanto en el hospital de día ( $\kappa = 0,61$ ) como en las plantas hospitalarias de enfermos agudos ( $\kappa = 0,80$ ). Con respecto a las plantas de pacientes agudos, los coeficientes kappa lineales ponderados fueron de buenos a excelentes (0,73 a 1) en nueve de las 10 modalidades, con una concordancia de grado moderado ( $\kappa = 0,43$ ) únicamente en la modalidad de «control de las actividades cotidianas».

## DISCUSIÓN

Las características de las áreas geográficas evaluadas demuestran que el estudio EUNOMIA se está realizando en regiones europeas que presentan entre sí diferencias sociodemográficas y económicas significativas. En particular, los datos correspondientes al índice de paro y al grado de salud de la población indican que las condiciones de vida son muy diferentes.

La estructura actual de los servicios hospitalarios refleja claramente las diferentes fases en las que se encuentran los procesos de la reforma psiquiátrica, así como los objetivos básicos de las iniciativas adoptadas en política sanitaria. En el estudio participan áreas geográficas que ya han alcanzado una orientación de carácter comunitario en sus servicios de salud mental, especialmente Italia, España y Reino Unido, y que —por lo tanto— se caracterizan por una proporción muy baja de camas psiquiátricas hospitalarias; al mismo tiempo, participan áreas geográficas como Wroclaw, Dresde y —en menor grado— Praga, en las que todavía es necesaria una reducción de los servicios hospitalarios, según las iniciativas de políticas sanitarias tomadas por los gobiernos respectivos.

Las dotaciones de plantilla de las plantas hospitalarias de enfermos agudos evaluadas en el estudio no se pueden analizar según las normas internacionalmente establecidas. Tomando como referencia las directrices alemanas respecto a la dotación de plantilla en estos servicios (15), se observa que las plantillas de las plantas hospitalarias de pacientes agudos de varios de los centros participantes en el estudio EUNOMIA son acordes con esas normas. Los dos centros de Nápoles y Örebro están por encima de los estándares señalados en las mencionadas directrices, posiblemente debido a su situación específica, con varias pequeñas plantas psiquiátricas de enfermos agudos integradas en un sistema de hospitales generales con una orientación estrictamente comunitaria. Por el contrario, en varios centros de Europa Central (particularmente, los de Bulgaria, República Eslovaca y Lituania) hay una dotación de plantilla escasa en este tipo de plantas hospitalarias, debido a la exigüidad de los recursos económicos destinados a la asistencia sanitaria.

En este contexto de diferencias importantes en la organización de los servicios hospitalarios ofrecidos a los enfermos agudos, así

como en las dotaciones de las plantillas hospitalarias, es relativamente sorprendente el hecho de que el grado de especialización de las modalidades asistenciales más importantes de abordaje terapéutico de los enfermos en situación aguda no presente diferencias notables entre las distintas plantas hospitalarias consideradas en el estudio. La evaluación de problemas y la evaluación funcional, la asistencia sanitaria general y las intervenciones psicofarmacológicas y somáticas de otro tipo se ofrecen con un grado de especialización intermedio o alto. Esto quiere decir que las herramientas diagnósticas estándar se utilizan sistemáticamente, que existe la posibilidad de consultar de manera regular a otros especialistas médicos con respecto a los problemas somáticos más graves, y que la plantilla está bien entrenada para realizar el seguimiento y el control de una amplia gama de intervenciones de carácter somático.

La evaluación de los pacientes en el proyecto EUNOMIA se inició en el verano de 2003 y continuará hasta la primera mitad del año 2006. Todos los instrumentos utilizados en este estudio han sido traducidos y, siempre que se ha considerado necesario, retraducidos. Estos instrumentos son aplicados por investigadores que reciben una formación continua respecto a la fiabilidad interobservadores. Además, en el contexto del programa se ha desarrollado e implementado un sistema informático estandarizado para la recogida de la documentación básica correspondiente a todos los datos relacionados con los pacientes, incluyendo la referida a las medidas coercitivas individuales aplicadas en las plantas psiquiátricas de pacientes en situación aguda. Actualmente, este sistema informático sólo se está utilizando con propósitos de investigación, pero si se aplicara en la práctica clínica sistemática podría facilitar un control continuado de la calidad, una mayor certidumbre, tanto clínica como legal, y la preparación de informes de salud pública en este campo. Por otra parte, todos los grupos locales de expertos relacionados con el proyecto han iniciado sus actividades para establecer o mejorar las directrices de práctica clínica correcta existentes, mientras que el equipo especial de expertos jurídicos casi ha terminado su trabajo sobre un detallado informe que cubre una amplia gama de aspectos de las situaciones legales nacionales relativas a los tratamientos de carácter coercitivo. Finalmente, todas las actividades científicas relacionadas con el proyecto permitirán desarrollar un documento europeo de directrices («estatuto del paciente») de práctica clínica correcta concerniente a las medidas coercitivas en psiquiatría; este documento será expuesto en la conferencia temática patrocinada por la WPA «Tratamiento coercitivo en psiquiatría: una revisión exhaustiva», que será organizada por el grupo EUNOMIA y que se celebrará en junio de 2007.

## Agradecimientos

El proyecto de investigación multicéntrico «European Evaluation of Coercion in Psychiatry and Harmonization of Best Clinical Practice» (EUNOMIA) (sitio web: [www.eunomia-study.net](http://www.eunomia-study.net)) ha sido financiado por la Comisión Europea (Quality of Life and Management of Living Resources Programme, contrato QL4-

CT-2002-01036). Los autores de este artículo agradecen la ayuda de Charlene Reiss en el proceso de su preparación

*World Psychiatry 2005; 3: 167-171*

## Bibliografía

1. Lelliott P, Quirk A. What is life like on acute psychiatric wards? *Curr Opin Psychiatry* 2004;17:297-301.
2. Sailas E, Fenton M. Seclusion and restraint for people with serious mental illness. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2000; Issue 1.
3. Dressing H, Salize HJ. Compulsory admission of mentally ill patients in European Union Member States. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004;39:797-803.
4. Becker T, Magliano L, Priebe S et al. Evidence-based mental health services research. The contribution of some recent EU-funded projects. In: Kirch W (ed). *Public health in Europe*. Berlin: Springer, 2004:173-87.
5. Zinkler M, Priebe S. Detention of the mentally ill in Europe - a review. *Acta Psychiatr Scand* 2002;106:3-8.
6. Salize HJ, Dressing H. Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across the European Union. *Br J Psychiatry* 2004;184:163-8.
7. Committee of Ministers of the Council of Europe. "White Paper" on the protection of the human rights and dignity of people suffering from mental disorder, especially those placed as involuntary patients in a psychiatric establishment. Strasbourg: Council of Europe, 2000.
8. Olsen DP. Toward an ethical standard for coerced mental health treatment: least restrictive or most therapeutic? *J Clin Ethics* 1998;9:235-46.
9. Glass CR, Arnkoff DB. Consumers' perspectives on helpful and hindering factors in mental health treatment. *J Clin Psychol* 2000;56:1467-80.
10. Nilstun T, Syse A. The right to accept and the right to refuse. *Acta Psychiatr Scand* 2000;101(Suppl. 399):31-4.
11. Beecham J, Johnson S and the EPCAT Group. The European Socio-Demographic Schedule (ESDS): rationale, principles and development. *Acta Psychiatr Scand* 2000;102(Suppl. 405):33-46.
12. Johnson S, Kuhlmann R and the EPCAT Group. The European Mapping Schedule (ESMS): development of an instrument for the description and classification of mental health services. *Acta Psychiatr Scand* 2000;102(Suppl. 405):14-23.
13. Salize HJ, Bullenkamp J, Alscher I et al. Quality assurance and documentation in the communal psychiatric combine (GPV) - a standardized procedure for regional recording and steering of community-based mental health care. *Psychiatr Prax* 2000;27:92-8.
14. de Jong A. Development of the International Classification of Mental Health Care (ICMHC). *Acta Psychiatr Scand* 2000;102(Suppl. 405):8-13.
15. Kunze H, Kaltenbach L. *Psychiatrie - Personalverordnung. Textausgabe mit Materialien und Erläuterungen für die Praxis*. Köln: Kohlhammer, 2002.

# Relación entre el consumo de cocaína y los problemas de salud mental en un grupo de consumidores europeos de cocaína en polvo o de crack

CHRISTIAN HAASEN<sup>1</sup>, MICHAEL PRINZLEVE<sup>1</sup>, MICHAEL GOSSOP<sup>2</sup>, GABRIELE FISCHER<sup>3</sup>, MIGUEL CASAS<sup>4</sup>, Y COCAINEEU-TEAM\*

<sup>1</sup>Centre for Interdisciplinary Addiction Research, Department of Psychiatry and Psychotherapy, University of Hamburg, Germany

<sup>2</sup>National Addiction Centre, Institute of Psychiatry, London, UK

<sup>3</sup>Outpatient Drug Addiction Unit, Department of Psychiatry, University of Vienna, Austria

<sup>4</sup>Free University of Barcelona, Spain

\*Los miembros del equipo aparecen citados en el Apéndice

*Numerosos estudios han demostrado los riesgos del consumo de cocaína respecto a la salud mental. En la mayor parte de los estudios clínicos se ha detectado un elevado grado de comorbilidad psiquiátrica, principalmente entre los consumidores de crack. En este artículo se analiza la asociación entre los problemas de salud mental y las variables y patrones sociodemográficos, en función de los datos obtenidos en un estudio europeo multicéntrico en el que se realiza una encuesta de campo a consumidores de cocaína pertenecientes a distintos contextos. Los análisis bifactoriales revelaron que los problemas de salud mental estuvieron influidos por todas las variables consideradas: la edad, el sexo, la situación social, el consumo de crack, el número de días del mes anterior durante los que se realizó el consumo de cocaína, el consumo de cocaína a lo largo de la vida, la intensidad de la dependencia de la cocaína y el estado de salud física. No obstante, en un análisis de regresión se observó que los factores predictivos de la aparición de problemas de salud mental fueron la intensidad del consumo de cocaína, el estado de salud física, la intensidad de la dependencia de la cocaína y la situación social, mientras que el consumo de crack no fue un factor predictivo de la aparición de alteraciones mentales. Estos resultados indican que las consecuencias del consumo de cocaína sobre la salud mental están más relacionadas con la intensidad del consumo de cocaína que con la forma que éste adopta.*

**Palabras clave:** cocaína, crack, problemas de salud mental, intensidad de consumo

La posible peligrosidad de la cocaína ha sido muy debatida, dado que muchas personas siguen consumiendo esta droga como recreación, sin sufrir problemas. El consumo de cocaína conlleva el riesgo de sufrir diversas complicaciones de la salud, como ciertos trastornos cardiovasculares o respiratorios que, en algunos casos, pueden dar lugar al fallecimiento del consumidor. El consumo agudo de cocaína puede producir los efectos deseados de euforia, autoconfianza, incremento de la atención, disminución del apetito y reducción de la fatiga, entre otros, pero también puede inducir efectos adversos como ansiedad y paranoia, comportamiento egocéntrico, disforia, anorexia e ideas delirantes. Tras la interrupción del consumo de cocaína, uno de los síntomas típicos es la anhedonia. Una gran dependencia de la cocaína se asocia a la aparición de síntomas depresivos más graves tras la interrupción del consumo (1).

Los efectos de la cocaína sobre la salud están relacionados principalmente con las vías de administración. Éstas tienen gran repercusión sobre el patrón de consumo, los efectos de la droga y el riesgo de dependencia, de manera que fumar e inyectarse se asocian a una absorción mayor, a un «chute» más breve e intenso, y a una tendencia mayor al patrón de uso compulsivo (2, 3). Las diferentes vías de administración de la cocaína se asocian a consecuencias negativas distintas (4). Los consumidores de crack muestran un número mayor de síntomas y mayor intensidad de ansiedad, depresión, ideación paranoide y tendencia a la psicosis (5, 6). Otros síntomas, como la agresión y la violencia, también se asocian con mayor frecuencia al consumo de crack que al de cocaína en polvo.

La comorbilidad psiquiátrica en los consumidores con dependencia de la cocaína no sólo está incrementada respecto a otros trastornos relacionados con sustancias sino también respecto a los trastornos de la personalidad (7-9), al trastorno de estrés post-traumático (10, 11) y a los trastornos de depresión (12, 13). No obstante, todavía son escasos los datos obtenidos en estudios de investigación respecto a la asociación entre los problemas de salud mental y la compleja interacción entre la duración del consumo de cocaína, el contexto social y la vía de administración.

## MÉTODOS

### Diseño

El proyecto de investigación Support Needs for Cocaine and Crack Users in Europe (CocaineEU) se inició en 2002. El objetivo de este estudio multicéntrico, multimodal y de campo era definir una serie de recomendaciones específicas (directrices) que permitieran mejorar la asistencia de los consumidores regulares de cocaína y de crack. El proyecto se llevó a cabo inicialmente en centros de investigación de nueve ciudades europeas (Barcelona, Budapest, Dublín, Hamburgo, Londres, Roma, Estocolmo, Viena y Zurich), al tiempo que un décimo centro de investigación (París) realizó la coordinación a lo largo del proyecto.

En cada una de las ciudades participaron consumidores de cocaína y de crack pertenecientes a tres subgrupos: 70 consumidores de cocaína/crack en tratamiento medicamentoso, principalmente en tratamiento de mantenimiento; 70 consumidores de cocaína/crack pertenecientes a grupos sociales marginales que no estaban recibiendo un tratamiento medicamentoso específico, y 70 consumidores de cocaína/crack socialmente integrados que no estaban recibiendo un tratamiento medicamentoso específico.

El grupo tratado fue seleccionado principalmente a través de consultorios ambulatorios de tratamiento de mantenimiento y, en los casos en los que no fue posible, a través de otros ámbitos de tratamiento de adicciones (hospitalarios o ambulatorios). El grupo social marginal fue seleccionado en las zonas en las que se reúnen habitualmente los drogadictos para comprar, vender o consumir las drogas, o en los alrededores de las instalaciones que prestan ciertos servicios a los adictos (p. ej., programas de intercambio de agujas o facilitación de habitaciones para la realización segura de las inyecciones). El grupo socialmente integrado fue seleccionado a través de distintos establecimientos de ocio (p. ej., discotecas, clubs nocturnos o *pubs*), o a través de contactos particulares. Con objeto de evitar el solapamiento entre los tres grupos evaluados,

en cada uno de los centros participantes en el estudio se determinaron las localizaciones específicas en las que se había establecido contacto con los participantes, por ejemplo, los centros de atención y los lugares frecuentados característicamente por los dos últimos grupos. Además de la pertenencia al grupo respectivo, el otro criterio de inclusión fue el consumo de cocaína en polvo o de crack al menos una vez durante el mes anterior.

Los tres grupos objetivo fueron reclutados de manera consecutiva según los criterios de selección de la muestra. A los participantes correspondientes a las áreas de selección determinadas se les preguntó en primer lugar respecto al criterio de inclusión. En los casos en los que cumplían este criterio, y tras el otorgamiento del consentimiento informado por parte de cada participante, se realizó la entrevista.

## Parámetros

Se realizaron entrevistas estructuradas cara a cara para evaluar el comportamiento de consumo, la situación social y el estado de salud. El instrumento utilizado fue una versión modificada del Maudsley Addiction Profile (MAP) (14), que incluye una escala de valoración de síntomas físicos (adaptada del Opiate Treatment Index [OTI]) (15) y una escala de 10 ítems para evaluar los problemas de salud mental (derivada de las subescalas de ansiedad y depresión del Brief Symptom Inventory [BSI]) (16). La intensidad de la dependencia de la cocaína fue evaluada a través de la Severity of Dependence Scale (SDS) (17).

El MAP es un cuestionario breve aplicado por el entrevistador en el que se abordan problemas correspondientes a cuatro dominios: uso de sustancias, comportamientos de alto riesgo respecto a la salud, actividad personal/social, y salud física y psicológica. La versión modificada utilizada en el estudio incluyó una serie de ítems relativos a los patrones y los antecedentes del consumo de cocaína y de crack, así como algunos ítems correspondientes a la situación social. Además de los datos actuales sobre el consumo de la droga, también se evaluaron los datos de consumo a lo largo de toda la vida a través del Addiction Severity Index (ASI) europeo (18) tanto en los consumidores de cocaína en polvo como en los consumidores de crack.

## Participantes

Dada la baja prevalencia del consumo de cocaína en Estocolmo (19), no fue posible conseguir en esta ciudad la participación de un número suficiente de consumidores de cocaína que cumplirían el criterio de inclusión de haber consumido cocaína en polvo o crack al menos una vez a lo largo del último mes. Por lo tanto, el análisis de los resultados se realizó sobre los datos obtenidos en nueve ciudades europeas.

El número total de participantes fue de 1.855; el 34 % de los participantes quedó incluido en el grupo de tratamiento; el 33 %, en el grupo marginal, y el 33 %, en el grupo socialmente integrado. Se observaron pequeñas desviaciones respecto al tamaño de la muestra perseguido originalmente, 70 consumidores de cocaína en cada uno de los grupos de cada ciudad. En el grupo de tratamiento, el 81 % los participantes fue seleccionado a través de las clínicas de tratamiento de mantenimiento, y el 9 %, a través de otros servicios de tratamiento farmacológico. El grupo marginal fue seleccionado principalmente a través de centros donde se brindan servicios a adictos (58 %), en las zonas donde estas personas llevan a cabo el consumo de la droga (16 %) y a través de contactos particulares con los cocainómanos (10 %). El grupo socialmente integrado fue seleccionado en lugares de ocio nocturno (38 %) y a través de contactos particulares con los adictos (40 %), mientras que el resto lo fue a través de los servicios médicos o en lugares públicos. Los pa-

trones de consumo presentaron grandes diferencias entre las distintas ciudades y entre los tres grupos evaluados (20).

## RESULTADOS

El 32 % de la muestra estaba constituido por mujeres. La edad media de todo el conjunto de participantes era de 30,8 ( $\pm$  7,4) años, con un intervalo de 16 a 62 años. En promedio, los varones (31,7  $\pm$  7,5 años) eran mayores que las mujeres (28,8  $\pm$  6,6 años).

A lo largo de los 30 días anteriores a la entrevista, el 86 % de todos los participantes había consumido cocaína en polvo, y el 27 %, crack (el 73 % sólo había utilizado cocaína en polvo; el 14 %, sólo crack; el 13 %, cocaína en polvo y crack). Aproximadamente, el 90 % de las personas que habían consumido crack lo había hecho mediante fumadas, y alrededor del 10 % lo había hecho mediante inyección. Durante los 30 últimos días, el número medio de días en los que tuvo lugar el consumo de cocaína fue de 14,4 ( $\pm$  11,1). La intensidad de la dependencia (según el SDS) fue de 5,5 (intervalo = 0-15; desviación estándar [DE] = 4,1). El 14 % de la muestra completa señaló no haber mantenido un período de consumo regular de cocaína (un período de al menos 6 meses con consumo regular de cocaína más de dos veces a la semana) a lo largo de su vida. Entre los participantes que habían presentado a lo largo de su vida algún período de consumo regular de cocaína, la duración media de éste fue de 6,1 años ( $\pm$  5,1). Con respecto a los problemas de la salud física, en la muestra completa se observó una media de 12 ( $\pm$  7,6) en la subescala OTI (intervalo = 0-40).

En relación con los problemas de salud mental, en la muestra completa se observó una puntuación BSI media de 14,3 (intervalo = 0-40; DE = 8,89). Sólo el 4 % presentó una puntuación total de 0, indicativa de la ausencia de problemas mentales. La puntuación de los problemas de salud mental mostró diferencias fuertemente significativas en relación con el sexo, la situación social, el consumo de crack y el consumo regular de cocaína (tabla 1). La puntuación de los problemas de salud mental también se relacionó significativamente con la edad ( $r = 0,124$ ;  $p < 0,001$ ), con el número de días con consumo de cocaína durante los 30 últimos días ( $r = 0,370$ ;  $p < 0,001$ ), con el número de años de consumo regular ( $r = 0,109$ ;  $p < 0,001$ ) y con la intensidad de la dependencia de la cocaína ( $r = 0,502$ ;  $p < 0,001$ ). También se observó una correlación intensamente significativa entre la puntuación de los problemas de salud mental y la puntuación de los problemas de salud física ( $r = 0,623$ ;  $p < 0,001$ ).

**Tabla 1** Diferencias en los problemas de salud mental (puntuación en el Brief Symptom Inventory)

	N	Media $\pm$ DE	F	Análisis <i>post hoc</i>
<b>Sexo</b>				
Masculino	1.257	13,8 $\pm$ 8,7	11,54**	
Femenino	595	15,3 $\pm$ 9,1		
<b>Situación social</b>				
Estable (1)	813	11,3 $\pm$ 8		
Parcialmente estable (2)	760	16,2 $\pm$ 9	90,27**	2, 3 > 1*
Inestable (3)	236	17,7 $\pm$ 8,9		
<b>Consumo de crack</b>				
Sí	495	16,8 $\pm$ 9	56,13**	
No	1.358	13,4 $\pm$ 8,7		
<b>Consumo regular de cocaína a lo largo de la vida</b>				
Sí	1.579	14,9 $\pm$ 8,8	60,09**	
No	258	10,4 $\pm$ 8,2		

\* $p < 0,05$ , prueba de Scheffé; \*\* $p < 0,001$ , ANOVA.

Estable: situación vital estable y con trabajo; inestable: situación vital inestable y sin trabajo; parcialmente estable: situación vital inestable o sin trabajo.

**Tabla 2** Resumen del análisis de regresión respecto a las variables predictivas de la aparición de problemas de salud mental

Variable	B	Error estándar del coeficiente de regresión	$\beta$	t
Problemas de salud física	0,56	0,02	0,48	23,39**
Intensidad de la dependencia de la cocaína	0,53	0,05	0,24	11,33**
Situación social estable	-1,49	0,33	-0,08	-4,47**
Días con consumo de cocaína	0,05	0,02	0,07	3,11*

\* $p < 0,01$ ; \*\* $p < 0,001$ .

Para determinar las variables que podían predecir más adecuadamente la aparición de problemas de salud mental en este grupo de consumidores de cocaína, se llevó a cabo un análisis de regresión lineal múltiple en el que las variables incluidas fueron el sexo, la edad, la situación social, el número de días con consumo de cocaína, el consumo de crack, la duración del período de consumo regular (en los participantes que no habían presentado a lo largo de su vida ningún período de consumo regular se aplicó una duración de 0 años), la intensidad de la dependencia y los problemas de salud física. Los resultados de este análisis de regresión se muestran en la tabla 2, en la que se puede observar que los problemas de salud mental están relacionados con la salud física, con la intensidad de la dependencia y con la intensidad (frecuencia) del consumo de cocaína, así como también con la situación social del consumidor de cocaína. No obstante, el consumo de crack por sí mismo y la duración del consumo regular de cocaína no fueron factores predictivos de la intensidad de los problemas de salud mental.

## DISCUSIÓN

En épocas anteriores se han realizado numerosos estudios en los que se han demostrado los riesgos que implica el consumo de cocaína, tanto para la salud física como para la salud mental. Con respecto a los riesgos sobre la salud mental, los datos correspondientes se han obtenido principalmente a través de estudios clínicos en los que se ha observado una proporción elevada de comorbilidad psiquiátrica. En muchos estudios se ha abordado de manera específica el elevado riesgo de problemas para la salud que conlleva el consumo de crack.

En este artículo se describe una encuesta de campo realizada a consumidores de cocaína y se analiza la asociación entre los problemas de salud mental, diversos factores sociodemográficos y los distintos patrones de uso de la cocaína. Debido a que en la encuesta no solamente participaron casos clínicos, el estudio permite una visión mucho más global del consumo de cocaína en la población general, incluyendo consumidores que no consideran que su uso de la cocaína constituya un problema. A pesar de que no se ha evaluado una muestra representativa de la población general, en la encuesta participó un grupo de gran tamaño correspondiente a los principales subgrupos de consumidores de cocaína que existen en la sociedad.

El resultado principal del estudio es que muestra la asociación entre la existencia de problemas de salud mental y diversos factores sociodemográficos y patrones de consumo. Se incluyó la variable del consumo de crack, lo que dio lugar a puntuaciones significativamente mayores en los problemas de salud mental en las personas que consumían ese tipo de cocaína, en comparación con las personas que consumían cocaína en polvo. No obstante, en el análisis de regresión que se efectuó posteriormente se demostró que el consumo de crack por sí mismo no es un factor predictivo de la aparición de problemas más graves de salud mental. Los factores predictivos de la aparición de problemas de salud mental

fueron la intensidad del consumo, el estado de salud física y la situación social. Estos hallazgos indican que las consecuencias graves del consumo de cocaína están más relacionadas con la intensidad de dicho consumo que con la forma de realizarlo. A pesar de que esta relación se había observado en una revisión publicada previamente (3), desde entonces se han publicado numerosos estudios que se han centrado en la forma de uso de la cocaína (consumo de crack frente a consumo de hidrócloruro de cocaína) más que en su intensidad.

En cuanto a la prevención de los trastornos mentales entre los consumidores de cocaína, la intensa correlación entre los problemas de salud mental y los problemas de salud física indica la importancia que tiene la detección de los problemas mentales entre los consumidores de cocaína que son atendidos en otros ámbitos médicos, tales como los consultorios de medicina general y los servicios de urgencia, de manera similar al sistema Drug Abuse Warning Network implementado en Estados Unidos (21).

Los resultados relativos a la intensidad de la dependencia y a la situación social indican la importancia de implementar medidas para reducción de los comportamientos de riesgo. La intensidad de la dependencia de la cocaína, evaluada mediante el SDS, se refiere principalmente a los componentes psicológicos de la dependencia, como la disminución del control sobre el consumo de la droga y los síntomas de preocupación y ansiedad respecto a dicho consumo. Por lo tanto, la aplicación de medidas de reducción del riesgo dirigidas hacia un consumo menos intensivo, más controlado y más seguro de la cocaína podría disminuir los problemas mentales de estas personas. Asimismo, la estabilización de la situación social de los consumidores de cocaína podría dar lugar a un efecto similar. Por otra parte, en congruencia con los resultados obtenidos por McCance-Katz et al. (22), los riesgos mayores que presentan las mujeres consumidoras de cocaína deben ser abordados a través de las medidas adecuadas de prevención, tratamiento e investigación.

## APÉNDICE

Los miembros del CocaineEU-Team son: C. Haasen, M. Prinzleve, H. Zurhold, M. Krausz (Hamburgo, Alemania); M. Casas, J.L. Matali, E. Bruguera (Barcelona, España); J. Gerevich, E. Bacskai (Budapest, Hungría); G. Cox, N. Ryder, S. Butler (Dublín, Irlanda); M. Gossop, V. Manning (Londres, Reino Unido); A.-M. Pezous (París, Francia); A. Verster, A. Camposeragna (Roma, Italia); B. Olsson, M. Ekendahl, P. Andersson (Estocolmo, Suecia); G. Fischer, R. Jagsch, A. Primorac (Viena, Austria); J. Rehm, F. Guettlinger (Zurich, Suiza). Este proyecto de investigación ha sido financiado por la Comisión Europea (contrato QL4-CT-2001-02301).

*World Psychiatry* 2005; 3: 172-175

## Bibliografía

1. Uslaner J, Kalechstein A, Richter T et al. Association of depressive symptoms during abstinence with the subjective high produced by cocaine. *Am J Psychiatry* 1999;156:1444-6.
2. Gossop M, Griffiths P, Powis B et al. Cocaine: patterns of use, route of administration and severity of dependence. *Br J Addict* 1994;164:660-4.
3. Hatsukami DK, Fischman MW. Crack cocaine and cocaine hydrochloride: are the differences myth or reality? *JAMA* 1996;276:1580-8.
4. Strang J, Bearn J, Farrell M et al. Route of drug use and its implications for drug effect, risk of dependence and health consequences. *Drug Alcohol Rev* 1998;17:197-211.
5. Gossop M, Marsden J, Stewart D et al. Routes of drug administration and multiple drug misuse: regional variations among

- clients seeking treatment at programmes throughout England. *Addiction* 2000;95:1197-206.
6. Gossop M, Marsden J, Stewart D et al. Changes in use of crack cocaine after drug misuse treatment: 4-5 year follow up results from the National Treatment Outcome Research Study. *Drug and Alcohol Dependence* 2002;66:21-8.
  7. McKay JR, Alterman AI, Cacciola JS et al. Prognostic significance of antisocial personality disorder in cocaine-dependent patients entering continuing care. *J Nerv Ment Dis* 2000;188:287-96.
  8. Rutherford MJ, Cacciola JS, Alterman AI. Antisocial personality disorder and psychopathy in cocaine-dependent women. *Am J Psychiatry* 1999;156:849-56.
  9. Grella CE, Joshi V, Hser Y. Follow-up of cocaine-dependent men and women with antisocial personality disorder. *J Subst Abuse Treatment* 2003;25:155-64.
  10. Back S, Dansky BS, Coffey SF et al. Cocaine dependence with and without post-traumatic stress disorder: a comparison of substance use, trauma history and psychiatric comorbidity. *Am J Addict* 2000;9:51-62.
  11. Najavits LM, Gastfriend DR, Barber JP et al. Cocaine dependence with and without PTSD among subjects in the National Institute on Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study. *Am J Psychiatry* 1998;155:214-9.
  12. Brown RA, Monti PM, Myers MG et al. Depression among cocaine abusers in treatment: relation to cocaine and alcohol use and treatment outcome. *Am J Psychiatry* 1998;155:220-5.
  13. Rounsaville BJ. Treatment of cocaine dependence and depression. *Biol Psychiatry* 2004;56:803-9.
  14. Marsden J, Gossop M, Stewart D et al. The Maudsley Addiction Profile (MAP): a brief instrument for assessing treatment outcome. *Addiction* 1998;93:1857-67.
  15. Darke S, Ward J, Zador D et al. A scale for estimating the health status of opioid users. *Br J Addict* 1991;86:1317-22.
  16. Derogatis LR. *Brief Symptom Inventory*. Baltimore: Clinical Psychometric Research, 1975.
  17. Gossop M, Griffiths P, Powis B et al. Severity of dependence and route of administration of heroin, cocaine and amphetamines. *Br J Addict* 1992;87:1527-36.
  18. Blanken P, Hendriks V, Pozzi G et al. European Addiction Severity Index, EuropASI. A guide to training and administering EuropASI interviews. Bruxelles: European Cooperation in the Field of Scientific and Technical Research, 1994.
  19. Haasen C, Prinzleve M, Zurhold H et al. Cocaine use in Europe - a multi-centre study: methodology and prevalence estimates. *Eur Addict Res* 2004;10:139-46.
  20. Prinzleve M, Haasen C, Zurhold H et al. Cocaine use in Europe - a multi-centre study: patterns of use in different groups. *Eur Addict Res* 2004;10:147-55.
  21. Substance Abuse and Mental Health Service Administration. Emergency department trends from the Drug Abuse Warning Network, final estimates 1995-2002. Rockville: Drug Abuse Warning Network, 2003.
  22. McCance-Katz E, Carroll KM, Rounsaville B. Gender differences in treatment-seeking cocaine abusers - Implications for treatment and prognosis. *Am J Addict* 1999;8:300-11.

# Un modelo de formación en salud mental basado en competencias y dirigido hacia los profesionales sanitarios de los países con ingresos económicos bajos e intermedios

STAN KUTCHER<sup>1</sup>, SONIA CHEHIL<sup>1</sup>, COLLEEN CASH<sup>1</sup>, JIM MILLAR<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Faculty of Medicine, Dalhousie University, Halifax, Nova Scotia, Canada

<sup>2</sup>Department of Health, Province of Nova Scotia, Halifax, Nova Scotia, Canada

*En este artículo se describe un modelo formativo basado en competencias y diseñado específicamente para la enseñanza de las habilidades necesarias en salud mental a los profesionales sanitarios de los países con ingresos económicos bajos e intermedios. El modelo combina una evaluación de las necesidades formativas respecto a la salud mental con la aplicación de módulos formativos en salud mental acoplados a las prioridades de salud mental nacionales/regionales y está diseñado para ser usado por todos los profesionales sanitarios de los distintos niveles del sistema asistencial de cada país. El modelo define también un marco de sustentación que implica la creación de un equipo formativo multidisciplinar en el contexto del sistema sanitario nacional/regional. El programa formativo está constituido por una serie de módulos dirigidos hacia el perfeccionamiento de las competencias específicas en salud mental por parte de los diversos profesionales sanitarios. Estos módulos están relacionados con diversas herramientas clínicamente útiles que facilitan la transferencia de los conocimientos al ámbito clínico, al tiempo que abordan diversas cuestiones de equidad en el acceso a los sistemas de salud. Este modelo puede representar una alternativa eficaz y económicamente rentable a los abordajes formativos que se han utilizado tradicionalmente respecto a la salud mental, basados en un enfoque de carácter profesional, que hasta el momento no han dado buenos resultados en la solución de las necesidades asistenciales relativas a la salud mental y en el establecimiento de prioridades en los servicios de salud mental de los países con ingresos económicos bajos e intermedios.*

**Palabras clave:** formación en salud mental, países con ingresos económicos bajos e intermedios, sustentación, capacitación

Actualmente, los trastornos neuropsiquiátricos dan cuenta de 6 de las 10 causas principales de discapacidad, y se ha estimado que causan en conjunto el 12,3 % de los años de vida perdidos ajustados por incapacidad; por otra parte, se espera que este valor alcance el 15 % en 2020. De las seis causas principales de los años de vida con discapacidad en el grupo de personas de 15 a 44 años de edad, cuatro son trastornos psiquiátricos: depresión, abuso del alcohol, esquizofrenia y trastorno bipolar (1).

Los países con ingresos económicos bajos e intermedios pueden estar afectados de manera desproporcionada por el problema que representan estas enfermedades. Los servicios de salud mental en estos países pueden ir por detrás de los servicios sanitarios generales en cuanto a infraestructuras y disponibilidad de servicios, y muchos profesionales sanitarios pueden no tener la formación adecuada para abordar los diagnósticos y tratamientos de los problemas de salud mental. Además, debido a la limitación de los recursos económicos y los problemas acuciantes asociados a enfermedades como la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH)/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y la malaria, la asistencia en salud mental puede tener una financiación insuficiente. El impacto de la rápida urbanización, de la pobreza y de la globalización también puede incrementar la identificación o la expresión de los trastornos psiquiátricos. A consecuencia de todo ello, es necesario un abordaje activo de las necesidades asistenciales de salud mental en estos países (2, 3).

La provisión de una asistencia adecuada en salud mental en los países con ingresos económicos bajos e intermedios está dificultada a menudo por otra serie de factores, entre ellos la falta de reconocimiento de la salud mental como una prioridad asistencial; la estigmatización de los pacientes que sufren enfermedades mentales y de los profesionales sanitarios que los atienden; la escasez de profesionales sanitarios que posean la formación adecuada en salud mental; la distribución inadecuada de los escasos profesionales de salud mental existentes; la falta de competencias en salud mental por parte de los médicos generales, y la inexistencia de una capacidad sostenible para la formación del personal sanitario respecto a la salud mental. Todos estos factores pueden ser abordados a través de reformas del sector sanitario que permitan potenciar el desarrollo de sistemas asistenciales de salud mental basados en la comunidad, disminuir el grado de de-

pendencia de los servicios institucionales fundamentados en la hospitalización y combatir el estigma en los propios profesionales sanitarios, los responsables de la implementación de la política sanitaria y la población general.

Sin embargo, la implementación adecuada de estas reformas dependerá en gran medida de la potenciación de las competencias en salud mental por parte de todos los profesionales sanitarios. Esta potenciación puede facilitar una mayor eficacia en la provisión de la asistencia en salud mental y puede mejorar el acceso de la población a una asistencia mental eficaz. Por lo tanto, un componente necesario de la reforma de los servicios asistenciales es el entrenamiento eficaz de los profesionales sanitarios en las competencias necesarias para la provisión de una asistencia en salud mental adecuada a la función que desempeñan en su propio sistema asistencial (p. ej., los enfermeros que ejercen en el ámbito comunitario deben tener competencias asistenciales en salud mental distintas de las que deben poseer los enfermeros psiquiátricos).

## MODELOS FORMATIVOS TRADICIONALES EN SALUD MENTAL

En muchos países con ingresos económicos bajos e intermedios, la formación de los profesionales en salud mental para la cobertura de las necesidades asistenciales en esta área se realiza a través de modelos educativos tradicionales basados en el enfoque profesional transmitido en las universidades. Se ha demostrado que estos abordajes tradicionales son insuficientes para solucionar las necesidades de la población general relativas a la salud mental en estos países. Muchos de estos programas insisten en la información y la teoría, más que en los aspectos prácticos; además, suelen ser específicos para cada profesión, lo que potencia la segregación entre los distintos grupos profesionales. Estos modelos basados en el enfoque profesional de la salud mental tampoco tienen en cuenta la escasez de los recursos humanos en salud mental existente en esos países, en los que la distribución de las competencias en salud mental hacia múltiples disciplinas relacionadas con la salud podría dar lugar a una asistencia clínica más eficaz, económicamente rentable y accesible, que abordaría de manera más adecuada las necesidades de salud mental de la población general.

La aplicación de un modelo formativo universitario de carácter profesional respecto a la salud mental ha hecho que algunos países con las características señaladas dependan para la formación de sus profesionales de salud mental de los programas formativos elaborados en otros países. Estos programas tienen un elevado coste económico y un extenso plan de estudios, lo que implica el alejamiento, por largos períodos de tiempo, de personal muy valioso que trabaja en el área sanitaria. Además, estos programas pueden estimular de manera inadvertida la migración de los profesionales ya formados, que abandonan su país de origen. Incluso si tras su período formativo en el extranjero retornan a su país de origen, un número significativo de los profesionales de salud mental formados de esta manera finalmente emigra, debido a las mayores oportunidades económicas que encuentran en otros países, y debido también a la frustración profesional que sienten a consecuencia de que se han acostumbrado a patrones de práctica clínica más apropiados para los países en los que recibieron su formación. Muchos programas formativos realizados en el extranjero potencian modelos asistenciales en salud mental que son más apropiados para las sociedades occidentales y que no cubren las necesidades socioculturales, políticas o económicas de los países con ingresos económicos bajos e intermedios. Es necesario un modelo formativo que sea más adecuado a las realidades asistenciales de estos países. Este modelo debe cubrir las necesidades de salud mental de la población general; tiene que tener en cuenta los distintos contextos sociales, culturales, económicos y políticos; debe ser aplicado de una manera económicamente rentable, debe estar basado en la capacitación de los profesionales del país, y su diseño debe facilitar la reforma asistencial de una manera sostenible.

## UN MODELO FORMATIVO EN SALUD MENTAL BASADO EN COMPETENCIAS

Como alternativa a los abordajes formativos tradicionales, nuestro grupo ha desarrollado un modelo de formación en salud mental potencialmente rentable desde el punto de vista económico y cuyo diseño persigue el objetivo específico de cubrir las necesidades de salud mental de la población general en países con recursos limitados y con escasez de profesionales de salud mental. Su construcción modular facilita la flexibilidad en su aplicación y la individualización de los materiales educativos, de manera que permite abordar específicamente las diferentes competencias en salud mental requeridas por los distintos profesionales sanitarios. En este modelo, las habilidades específicas en salud mental pueden ser enseñadas a profesionales sanitarios de todos los niveles del sistema asistencial, a través de un enfoque que permite que las habilidades aprendidas puedan ser inmediatamente aplicadas por estos profesionales en su práctica clínica cotidiana. Por ejemplo, aunque los enfermeros comunitarios y los médicos de asistencia primaria deben ofrecer una asistencia competente en salud mental a los pacientes que sufren depresión, no se espera que sus competencias sean idénticas.

El modelo formativo en salud mental propuesto permite: a) el incremento de las competencias apropiadas en salud mental por parte de todos los profesionales de la salud (incluyendo los propios profesionales de salud mental); b) la distribución de las competencias en salud mental a través de todo el sistema asistencial, incluyendo los niveles primario, secundario y terciario; c) la implementación adecuada de los servicios de salud mental comunitarios y la mejora del acceso a una asistencia de calidad que cubra las necesidades de salud mental de la población general; d) la generación de una capacidad formativa en salud mental que pueda ser sostenida por el propio país.

Este modelo tiene tres componentes: a) plan de estudios; b) evaluación de las necesidades formativas en salud mental y esta-

blecimiento de prioridades, y c) aplicación, sustentación y capacitación. (Hay una información más detallada de estos tres componentes en el sitio web <http://iho.medicine.dal.ca/news.cfm>.)

## Plan de estudios

El plan de estudios está constituido por una serie de módulos diseñados para ayudar a los profesionales de salud mental a abordar los distintos trastornos mentales agudos y crónicos. Estos módulos se clasifican en dos categorías: «conocimientos básicos» y «conocimientos específicos». Los módulos correspondientes a los conocimientos básicos ofrecen la información fundamental, teórica y práctica, presentada de manera que puedan cubrirse las necesidades específicas de conocimiento de los distintos profesionales de salud mental, a través de la consideración de una serie de categorías «relacionadas con la enfermedad». Además, hay un módulo básico que afronta los mitos más habituales relativos a las enfermedades mentales, el problema global constituido por estas enfermedades, diversos aspectos epidemiológicos y los conceptos modernos que consideran las enfermedades mentales como trastornos cerebrales.

Los módulos de «conocimientos específicos» están constituidos por una serie de componentes formativos: la enseñanza de abordajes terapéuticos específicos que pueden ser aplicados por diversos profesionales sanitarios (p. ej., el módulo de orientación cognitivo-conductual); el abordaje de específicas necesidades de los profesionales y del sistema sanitario (p. ej., el módulo correspondiente al contacto inicial); la provisión de los conocimientos y habilidades necesarios para todos los profesionales sanitarios (p. ej., el módulo acerca del suicidio); la enseñanza de la aplicación clínica racional y eficaz de los conocimientos relacionados con las enfermedades (ofrecidos en los módulos de conocimientos básicos), a través del uso de herramientas clínicamente útiles (p. ej., el módulo referente a los resultados terapéuticos), y la consideración de las necesidades de grupos de población específicos (p. ej., el módulo sobre niños y adolescentes).

Todos los módulos se ofrecen por escrito y proporcionan la información necesaria para cubrir las necesidades de los distintos profesionales sanitarios. Por ejemplo, en el módulo de psicosis una de las competencias básicas es la comprobación del diagnóstico. Esta competencia básica se presenta de diversas maneras en el módulo, cada una de las cuales se puede adaptar para cubrir las necesidades de los distintos profesionales sanitarios.

En cada módulo se utilizan diversos materiales para la presentación de la información, aunque todos los módulos incluyen como mínimo: una monografía impresa en papel, explicaciones de los profesores, diapositivas elaboradas por los profesores y diapositivas elaboradas por los estudiantes. Algunos módulos contienen material de vídeo (p. ej., para la enseñanza de habilidades clínicas, tales como técnicas específicas de entrevista o técnicas concretas de exploración física), y en la mayor parte de los módulos se analizan casos concretos para ilustrar clínicamente la información contenida en los módulos. Además, cada módulo se acompaña de una evaluación dirigida hacia la comprobación de la información ofrecida y de la información aprendida, utilizando además el sistema de una evaluación previa y una evaluación posterior. Cada módulo de «conocimientos básicos» requiere un período formativo de 1-3 días, según el grupo profesional que lo recibe. Cada módulo de «conocimientos específicos» requiere 1-2 días, también en función de las personas a las que va dirigido.

Dado que el plan de estudios es modular, cada módulo se puede aplicar al nivel de atención sanitaria que se requiera y a los profesionales sanitarios adecuados en cualquier orden (excepto que el primer módulo debe ser el correspondiente a los mitos y las realidades), según las prioridades identificadas. Por lo tanto, la conformación del plan de estudio está determinada por las necesidades

formativas, y la aplicación en el ámbito asistencial de los conocimientos aprendidos puede ser inmediata. Con el tiempo, cada profesional formado a través de este programa puede adquirir un completo cuerpo de conocimientos y competencias en salud mental, adecuado al papel que desempeña en el sistema asistencial y adecuado también a las necesidades de la población a la que atiende.

## Evaluación de las necesidades formativas en salud mental

La evaluación de las necesidades formativas en salud mental es un análisis de las infraestructuras físicas existentes en el sistema sanitario (incluyendo las instituciones con competencias en salud mental), las funciones de los profesionales sanitarios (incluyendo los profesionales de salud mental) en el sistema asistencial (p. ej., profesionales que trabajan en los distintos tipos de contextos comunitarios, patrones habituales de remisión, naturaleza y función de los servicios de salud mental existentes, etc.), y de las competencias en salud mental que poseen los distintos grupos profesionales. Esta evaluación incluye la observación directa de las instalaciones sanitarias y de los sistemas de salud mental. Los objetivos son: conocer la ubicación de los servicios existentes de salud mental y establecer las áreas en las que se deberían ubicar; determinar los profesionales sanitarios que deberían aplicar los servicios de salud mental, y evaluar las competencias actuales en salud mental de los distintos profesionales sanitarios (incluyendo los profesionales de la salud mental).

Siempre que sea posible, es necesario realizar una revisión de los datos epidemiológicos relativos a la incidencia y la prevalencia de los trastornos mentales, con objeto de determinar si hay brechas entre los servicios disponibles y las necesidades de la población. En muchos países con ingresos económicos bajos e intermedios no existe este tipo de datos y, en estos casos, es posible utilizar los datos obtenidos en otros países de características similares con objeto de utilizar estimaciones aproximadas. Esta información es especialmente importante para determinar el impacto que pueden producir actualmente los denominados trastornos mentales «ocultos» (como la ansiedad y la depresión) sobre el sistema sanitario, en los casos en los que sea posible una identificación mejor de los pacientes a consecuencia del programa formativo.

Dado que los sistemas sanitarios muestran diferencias entre sí, en los distintos sistemas puede haber diversos profesionales sanitarios que desempeñen funciones similares. El conocimiento adecuado de las diferentes funciones que desarrollan los distintos profesionales sanitarios (p. ej., primer contacto, intervención primaria, seguimiento de enfermos crónicos, etc.) es necesario para que la enseñanza de los módulos formativos pueda estar dirigida hacia la cobertura de las competencias en salud mental que deben poseer los distintos profesionales (p. ej., un profesional sanitario comunitario debería aprender la «identificación de los casos» de modo de ser capaz de identificar los cuadros de psicosis, depresión, demencia, ansiedad y abuso de sustancias en las personas del contexto comunitario que establecen un primer contacto con el sistema sanitario).

Una vez que se obtiene esta información, se pueden abordar las brechas entre las competencias disponibles y las competencias necesarias en salud mental para cada grupo de profesionales sanitarios, aplicando el programa formativo modular de modo de cubrir estas necesidades. Este «análisis de las brechas en las competencias en salud mental» también ofrece un punto de partida que puede ser utilizado posteriormente, en la evaluación de los resultados del programa formativo.

## Establecimiento de prioridades

El establecimiento de prioridades implica determinar el orden en el que se ofrecerán los módulos del programa formativo y los

profesionales sanitarios que serán formados con cada módulo en cada momento. Este orden debe ser establecido idealmente de manera conjunta por las autoridades que definen e implementan las políticas sanitarias y el equipo de evaluación de necesidades, y debe estar fundamentado en los planes sanitarios nacionales y regionales establecidos. Las prioridades se deben recoger en un cronograma en el que quede constancia del tipo de formación que se ofrecerá en cada momento y de sus destinatarios. De esta manera, el proceso formativo en salud mental se puede incorporar de manera racional en la planificación sanitaria ya existente.

## Aplicación, sustentación y capacitación

Estos componentes esenciales del modelo se pueden lograr mediante la identificación y la formación de un grupo nacional/regional de profesores. Es conveniente que los profesores sean seleccionados por las autoridades sanitarias locales y formen un grupo multidisciplinario constituido por: psiquiatras, médicos generales, enfermeros de psiquiatría y asistentes sociales especializados en psiquiatría. Lo óptimo es un grupo de profesores de seis a ocho personas. Siempre que sea posible, en el grupo de profesores deben estar representadas las instituciones educativas nacionales o regionales (como las universidades, los colegios universitarios, las facultades de enfermería, etc.).

Los miembros del grupo de profesores deben tener la experiencia y la edad suficientes para ser respetados en sus propias organizaciones profesionales e, idealmente, deben ser representantes de los distintos ámbitos asistenciales (p. ej., hospitales de enfermos agudos, consultorios ambulatorios, etc.). Cada miembro del grupo de profesores también debe comprometerse a participar de manera continuada en la formación en salud mental dirigida hacia los distintos profesionales sanitarios. Dado que la enseñanza de muchos de los módulos requiere un abordaje en equipo, los miembros del grupo deben ser capaces de trabajar de manera conjunta.

La constitución de un grupo de profesores constituido con representantes de distintas profesiones facilita la colaboración entre las distintas disciplinas, estimula el desarrollo de competencias complementarias y permite el solapamiento suficiente entre las distintas competencias. De este modo disminuye la dependencia respecto a cualquier disciplina particular, al tiempo que se consigue un uso económicamente rentable y eficiente de los recursos humanos disponibles para la asistencia de la salud. En las situaciones en las que la nación o la región pierden a uno de sus profesionales sanitarios clave, el programa formativo puede continuar, y otro profesional sanitario puede ser entrenado para formar parte del equipo. Así, el grupo de profesores se convierte en un «organismo vivo» que se mantiene a sí mismo y que perpetúa la capacidad formativa nacional/regional relativa a la salud mental.

Durante un período de tiempo especificado, el equipo de desarrollo del programa enseña los módulos al grupo de profesores, comenzando con los módulos identificados previamente como de mayor prioridad. Los miembros del grupo de profesores adquieren los conocimientos que después son evaluados mediante exámenes escritos, tras el aprendizaje de varios módulos. Estos exámenes son más complejos y detallados que los que realizan posteriormente los estudiantes (los distintos profesionales sanitarios a los que enseñarán los profesores formados).

Una parte importante de la formación de los profesores es la formación para la enseñanza: el equipo de desarrollo del programa enseña a los miembros del grupo de profesores «a enseñar». Esta medida es necesaria para conseguir que los profesores aprendan los contenidos de los distintos módulos y sean capaces de transmitir esta información a otras personas. El objetivo de nuestro grupo es que este componente de aprendizaje referido a la forma

de enseñar constituya una parte esencial del proceso formativo del grupo de profesores. Sin este componente, ningún programa de formación de los profesores puede dar buenos resultados, dado que si los profesores no aprenden a enseñar no transmitirán adecuadamente sus conocimientos.

Una sesión formativa «habitual» del grupo de profesores está constituida por tres a cuatro módulos y tiene una duración de 7 a 10 días. Una vez que los profesores han aprobado el examen y han aprendido a enseñar, reciben la certificación respecto a los módulos aprobados y pueden comenzar a formar a los profesionales sanitarios que deben recibir en primer lugar la formación respecto a dichos módulos. Según las prioridades identificadas, pueden realizarse posteriormente cursos adicionales para la formación de otros profesores.

Idealmente, el grupo de profesores debe revalidar su competencia docente al cabo de un período de tiempo predeterminado (p. ej., al cabo de 3 años). La revalidación se lleva a cabo mediante la observación por parte del equipo de desarrollo del programa de las sesiones formativas realizadas por los profesores y la realización de un nuevo examen escrito. Los momentos en los que se efectúa la revalidación pueden ser útiles también para introducir nuevos miembros en el grupo de profesores, para sustituir a los profesores que ya no desean participar en el proyecto o para añadir más miembros en los casos en los que se considere que ha aumentado la actividad formativa. Después de que el equipo de desarrollo del programa ha enseñado al grupo de profesores todos los módulos formativos, la función formativa del equipo de desarrollo es prescindible y la expansión y formación continuada del grupo de profesores se puede llevar a cabo localmente.

Es esencial que el grupo de profesores esté en contacto con el sistema sanitario, por ejemplo, a través de informes periódicos dirigidos a las autoridades sanitarias. Siempre que sea posible, el grupo de profesores también debe mantener vínculos con las instituciones educativas. De esta manera, la formación en salud mental reflejará las prioridades nacionales/regionales, y el grupo de profesores, a su vez, ofrecerá información con respecto a las competencias en salud mental de los profesionales sanitarios a los que está formando. Además, este formato estructurado incrementará la importancia de la salud mental dentro del sistema sanitario y prevendrá contra la «apropiación» del programa formativo por parte de alguna institución educativa o grupo profesional.

## BENEFICIOS ADICIONALES DEL MODELO FORMATIVO EN SALUD MENTAL

Este modelo de formación en salud mental ofrece una serie de ventajas, además de las ya señaladas. En primer lugar, cubre las necesidades de los países con ingresos económicos bajos e intermedios respecto a la provisión de servicios de salud mental eficaces mediante el uso del sistema sanitario ya existente. No requiere la formación exhaustiva de un elevado número de nuevos profesionales de salud mental (con el importante coste económico que ello conlleva) y permite cubrir las necesidades de salud mental de la población mediante un uso más adecuado de los recursos en salud mental y de las infraestructuras sanitarias ya existentes. En segundo lugar, potencia la equidad y la flexibilidad en la asistencia de la salud mental, al adecuar las competencias de todos los profesionales sanitarios a las necesidades de salud mental de la población, en los puntos de contacto adecuados existentes en el sistema sanitario. En tercer lugar, permite incorporar fácilmente a participantes no formales del sistema asistencial, como los curanderos y las personas de más edad y experiencia, suministrando información acerca de las funciones que éstos pueden desempeñar (como la identificación de los pacientes con enfermedades mentales que residen en el contexto comunitario, la defensa de

los enfermos mentales y la educación comunitaria para eliminar el estigma que acompaña a la enfermedad mental). En cuarto lugar, reduce la «fuga de cerebros», es decir, de profesionales sanitarios con competencias destacadas en salud mental. Por otra parte, dado que las competencias en salud mental se distribuyen en toda la gama de profesionales sanitarios, la desaparición de uno o más de estos profesionales no causa el mismo impacto negativo sobre la provisión de la asistencia en salud mental que tendría lugar en el caso de que las competencias se distribuyeran de manera exclusiva o preferente entre los profesionales de la salud mental. En quinto lugar, permite una mayor eficacia de la asistencia sanitaria al aumentar la disponibilidad de los servicios de salud mental y facilitar el acceso a ellos. En sexto lugar, contribuye a disminuir, entre los profesionales de la salud, el estigma que acompaña a la enfermedad mental, al ofrecer a estos profesionales sanitarios información actualizada sobre los trastornos mentales y las herramientas necesarias para atender a las personas que los padecen.

Al distribuir las competencias en salud mental entre los distintos servicios sanitarios hospitalarios y ambulatorios, este modelo formativo estimula la integración de la asistencia de la salud mental en el sistema sanitario general, así como el traspaso de la asistencia en salud mental desde las instituciones de tipo hospitalario hacia la comunidad; ambas iniciativas políticas son apoyadas por la Organización Mundial de la Salud y por la Organización Panamericana de la Salud. La presencia de profesionales sanitarios con competencias adecuadas en salud mental en todos los niveles asistenciales y en todos los sectores sanitarios facilitará la comunicación y la colaboración interdisciplinarias, eliminando las barreras asistenciales tradicionales. Además, este programa formativo puede potenciar la difusión de los conocimientos relativos a las enfermedades mentales hacia el conjunto de la comunidad profesional, utilizando para ello el vehículo constituido por los propios profesionales sanitarios; de esta manera, será posible reducir en gran medida el estigma que acompaña a la enfermedad mental. A su vez, esta reducción del estigma puede incrementar la accesibilidad a la asistencia en salud mental y a la asistencia sanitaria general por parte de los enfermos mentales, promocionar los programas de detección precoz y tratamiento eficaz de los trastornos mentales y mejorar la salud mental de la población general de los países con ingresos económicos bajos e intermedios.

## Agradecimientos

Los autores quieren dar las gracias a Linda Ford por su ayuda en la preparación del original. La financiación para el desarrollo de este modelo formativo ha procedido en parte de Health Canada, del Gobierno de Granada, de la Organización Panamericana de la Salud, del Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Dalhousie y de la Provincia de Nueva Escocia, Canadá.

*World Psychiatry 2005; 3: 176-179*

## Bibliografía

1. World Health Organization. The world health report 2001. Mental health: new understanding, new hope. Geneva: World Health Organization, 2001.
2. Dejarlais R, Eisenberg L, Good B et al. World mental health: problems and priorities in low-income countries. Oxford: Oxford University Press, 1995.
3. Institute of Medicine. Neurological, psychiatric and developmental disorders: meeting the challenge in the developing world. Washington: National Academy Press, 2001.

# Investigación sobre los factores socioeconómicos relacionados con la esquizofrenia y la depresión mayor: su trascendencia para la salud mental pública

BENEDETTO SARACENO<sup>1</sup>, ITZHAK LEVAV<sup>2</sup>, ROBERT KOHN<sup>3</sup>

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

<sup>2</sup>Mental Health Services, Ministry of Health, Jerusalem, Israel

<sup>3</sup>Department of Psychiatry and Human Behavior, Brown University, Providence, RI, USA

*En este artículo se revisan las pruebas obtenidas a través de estudios de investigación epidemiológica respecto al papel que desempeñan los factores socioeconómicos en la etiología y la evolución de la esquizofrenia y la depresión mayor. Los estudios correspondientes se han realizado en países distintos y a lo largo de un período de muchos años. Algunos resultados respaldan la hipótesis de la causalidad social de la esquizofrenia y la depresión mayor, mientras que otros refuerzan la hipótesis de la selección social en el origen de dichas enfermedades. No obstante, todos ellos concuerdan en que las personas que sufren esos trastornos presentan problemas sociales importantes. Se han identificado varios factores que permiten explicar este hecho. En los estudios realizados se ofrecen los fundamentos para la aplicación de intervenciones comunitarias, que deben guiarse por el principio de equidad en la distribución de los recursos y basarse en modelos asistenciales biopsicosociales que aborden de manera integral las necesidades de los grupos de pacientes afectados.*

**Palabras clave:** esquizofrenia, depresión mayor, factores socioeconómicos, intervenciones de aplicación comunitaria.

La esquizofrenia y la depresión mayor son dos de las 10 principales enfermedades mentales que causan discapacidad y reducen la duración de la vida (1). Se estimó que su contribución conjunta a los problemas globales de salud durante el año 2000 fue de un 11,2 % en el grupo de población de 15 a 44 años de edad.

La esquizofrenia acapara la mayor parte de los recursos disponibles para los servicios psiquiátricos, tanto en los países desarrollados como en los países en vías de desarrollo. Por lo que respecta a la depresión mayor, ésta ocupa el cuarto lugar en cuanto al consumo de recursos sanitarios, y durante el año 2000 dio lugar al 4,4 % de la pérdida total de años de vida ajustados por incapacidad (*disability adjusted life years*, DALY) (2); se ha estimado que para el año 2020, la depresión mayor será la segunda causa de pérdida de DALY (3). Por todo ello, no es sorprendente que durante decenios la Organización Mundial de la Salud (OMS) haya colaborado con los distintos países, planteándose diversos objetivos con respecto a estas enfermedades: incrementar el conocimiento de sus causas y su evolución (4), organizar su clasificación (5), perfeccionar las herramientas para su detección y diagnóstico (6), organizar los servicios asistenciales adecuados (7) y promover la protección de los derechos de las personas que sufren estas enfermedades y los de sus familias (8).

Una preocupación constante del trabajo realizado por la OMS ha sido definir los factores socioeconómicos que influyen sobre el origen y la evolución de ambas enfermedades. La OMS se ha propuesto promover los mecanismos que permitan reducir los efectos adversos inducidos por el nivel socioeconómico (NSE) bajo sobre las personas que sufren trastornos psiquiátricos, apelando tanto a los gobiernos como a la sociedad para que dispongan los medios y recursos necesarios frente a estas enfermedades (9) y a los profesionales de la salud mental para que reemplacen las intervenciones aisladas por un abordaje integral (3).

El objetivo de este artículo es revisar de manera sucinta la información relativa al papel que desempeñan los factores socioeconómicos en el origen de la esquizofrenia y la depresión, así como a la forma en la que experimentan estas enfermedades las personas que las sufren. Tal como ya se ha señalado, el objetivo principal es promocionar la «puesta en marcha» de las distintas partes implicadas, en función de los datos existentes respecto a las estrategias de intervención, obtenidos a través de estudios de investigación epidemiológica.

## ESQUIZOFRENIA

Los estudios epidemiológicos realizados en ámbitos comunitarios de distintos países a lo largo del tiempo han permitido identificar de manera constante la existencia de una relación inversa entre el NSE y las tasas de prevalencia de la esquizofrenia (para una revisión, v. 10-12). El cociente entre la prevalencia actual (definida como un período de prevalencia de hasta un año) de la esquizofrenia entre las personas de NSE bajo y la prevalencia actual entre las personas de NSE alto es de 3,4, mientras que si se tiene en cuenta la prevalencia a lo largo de toda la vida el cociente es de 2,4 (11). Esta relación inversa se observa tanto en los varones como en las mujeres, con independencia del abordaje terapéutico recibido por el paciente. Además, esta asociación se ha observado en estudios en los que se han utilizado diferentes métodos de selección de los casos y de establecimiento del diagnóstico.

¿Por qué hay más personas con esquizofrenia en los grupos de NSE bajo (definidos por la situación laboral, el grado de instrucción alcanzado, el lugar de residencia, los ingresos económicos o la combinación de estas variables)? Para explicar estos diferentes índices se han propuesto las hipótesis de la causalidad social y de la selección social.

En congruencia con la hipótesis de la causalidad social, Kohn (13) señaló hace años que la clase social está relacionada con la esquizofrenia, debido a que las condiciones de vida que acompañan a la clase social baja facilitan la aparición de este trastorno. En el grupo de NSE bajo se ha detectado mayor prevalencia de diversas situaciones negativas: adversidad ambiental, como la discriminación (14); desventajas, como la falta de empleo (15), y estrés (16). Estos factores pueden explicar los diferentes índices entre los distintos grupos de NSE en una población concreta (17) o entre grupos raciales distintos de posición social diferente (18). Por el contrario, la hipótesis de la selección social señala que en las sociedades en las que es posible el cambio de grupo social se puede explicar la aparición de la esquizofrenia por el hecho de que la persona descienda en la escala social o no tenga capacidad para subir en dicha escala, a partir de un NSE bajo (12, 19).

La influencia de los factores socioeconómicos sobre la esquizofrenia ha sido explorada por muchos autores en numerosos países y a lo largo de muchos años. Goldberg y Morrison (20) demostraron que los padres de las personas de NSE bajo hospitalizadas debido a esquizofrenia en Inglaterra y Gales no pertene-

cian a la clase inferior con una frecuencia relativamente alta, como es el caso de la población general. Además, estos investigadores evaluaron las ocupaciones laborales de los abuelos, los tíos y los hermanos de los pacientes. La distribución de clases observada entre estos familiares fue similar a la de los padres de los pacientes, pero no a la de los pacientes en sí mismos. Estos resultados indicaron la existencia de un fenómeno de selección social. Antes de Goldberg y Morrison, otros investigadores (21-23) ya habían sostenido en Estados Unidos la hipótesis de la selección social. En un estudio sobre adopción de niños con esquizofrenia realizado en Escandinavia también se obtuvieron resultados parcialmente congruentes con la hipótesis del descenso en la escala social (24). Los hallazgos que apoyan la hipótesis de la selección social fueron confirmados en un estudio efectuado en Holanda con 2 años de seguimiento. En este estudio, el descenso en las escalas educativa y laboral fue mayor que el esperado en los pacientes en los que se había establecido un diagnóstico de esquizofrenia, en comparación con la posición ocupada por sus padres (25). Estos autores también observaron que algunos individuos habían ascendido en la escala social, en comparación con sus padres. Estos y otros investigadores de diversos países (26-29) detectaron que el NSE de los pacientes esquizofrénicos en el momento de su nacimiento era, efectivamente, superior a la media.

En un estudio realizado en Suecia se obtuvo un resultado similar en un grupo de personas nacidas en 1953 que habían sido hospitalizadas en distintas ocasiones hasta 1983 (30). Al comparar el NSE de los padres en 1963 y el NSE de los pacientes en 1980 no se observaron pruebas de la existencia de una asociación entre el NSE bajo y el aumento del riesgo de esquizofrenia. En este grupo de 71 pacientes, la mayoría ( $n = 43$ ) ya no era capaz de trabajar a la edad de 27 años, y la mayor parte de los que lo podían hacer tenía ocupaciones laborales de bajo nivel. Estos resultados fueron congruentes con la posibilidad de que la selección social tuviera un peso mayor que la causalidad social. Jones et al. (31) también observaron que la selección social fue una explicación más probable en el grupo de pacientes evaluados, con esquizofrenia y psicosis afectiva, cuya clase social era inferior a la de sus padres. En los pacientes con esquizofrenia, el descenso en la escala social se inició antes del comienzo de la enfermedad y continuó tras el diagnóstico. Otros investigadores (32, 33) han observado que los pacientes con esquizofrenia residen, desde antes del diagnóstico, en áreas caracterizadas por un alto grado de privación social, lo que sugiere que el deterioro social se inicia con los síntomas prodrómicos.

Los logros educativos en los pacientes hospitalizados con esquizofrenia quedan truncados a consecuencia de la enfermedad. En un estudio realizado en Finlandia se evaluaron los avances educativos realizados por un grupo de 80 pacientes pertenecientes a una cohorte de 1966 (34). Los pacientes que habían sido hospitalizadas hacia los 22 años de edad o antes alcanzaron con mayor frecuencia sólo una instrucción básica, en comparación con los pacientes en los que la enfermedad se había iniciado a los 23 o más años de edad y también en comparación con los pacientes que no habían sido hospitalizados por motivos psiquiátricos.

En Israel, un grupo de investigadores comparó los índices de prevalencia de la esquizofrenia en dos grupos de judíos nacidos en Israel, uno de ellos con ventajas de tipo étnico y el otro sin estas ventajas, realizando el control del NSE. Los investigadores observaron que la selección social fue más importante que la causalidad social para explicar la relación inversa observada entre el NSE y la esquizofrenia. Así, las tasas de esquizofrenia fueron mayores entre los pacientes que presentaban ventajas de tipo étnico en ambos grupos de NSE (17).

En Finlandia se realizó un estudio de cohortes retrospectivo sobre pacientes que habían recibido el alta hospitalaria y en los que se había establecido el diagnóstico de esquizofrenia en el pe-

riodo 1987-1988. Mediante el uso de cinco períodos censales (1970, 1975, 1980, 1985 y 1987) los autores pudieron demostrar la existencia de un descenso progresivo en la clase social, de manera que la mayor parte de los pacientes permanecieron en paro laboral tras haber partido inicialmente de un NSE elevado, de acuerdo con el nivel de vida de sus padres (35). Los investigadores observaron una disminución más pronunciada del NSE en los varones que en las mujeres, posiblemente debido a un inicio más temprano de la enfermedad en los primeros. Se obtuvieron resultados similares en un estudio en el que se consideró la clase social de los padres tras el nacimiento de hijos que finalmente desarrollaron esquizofrenia (36).

Por el contrario, en varios estudios se ha señalado que los indicadores de desigualdad social en el momento del nacimiento se asocian a un incremento en el riesgo de padecimiento de esquizofrenia de inicio en la edad adulta (37). Esta conclusión está apoyada por los resultados obtenidos en estudios en los que se han evaluado las tasas de esquizofrenia en las poblaciones inmigrantes de origen afrocaribeño en el Reino Unido (v. 14, para una revisión); en inmigrantes marroquíes de primera y segunda generación en Holanda (38), y en diversos grupos de inmigrantes en Suecia (18). En el Reino Unido, los inmigrantes de segunda generación de origen afrocaribeño presentan índices de hospitalización por esquizofrenia significativamente mayores que sus padres o que las personas de la misma edad de raza blanca. Un aspecto importante es que los índices de esquizofrenia en los países de los que procedían inicialmente los inmigrantes (Jamaica [39], Trinidad y Tobago [40], y Barbados [41]) no son excesivamente elevados, lo que apoya la hipótesis de la causalidad social.

A consecuencia de los factores que se asocian al NSE bajo, como la privación y la adversidad, este parámetro puede influir en la incidencia de la esquizofrenia y, en última instancia, en las tasas de prevalencia de esta enfermedad tanto a lo largo de la vida de los pacientes como en distintos períodos de tiempo. Además, el NSE bajo puede incrementar las tasas actuales de prevalencia, al ampliar la brecha entre los casos tratados y los no tratados, lo que hace que los pacientes sigan siendo sintomáticos y que, por lo tanto, cumplan los criterios diagnósticos en los estudios efectuados en la comunidad. Con respecto a la esquizofrenia, en una estimación reciente de esta brecha terapéutica, basada en el uso de los servicios sanitarios a lo largo de toda la vida por parte de pacientes con problemas de la salud mental, se observó que al menos el 32 % de las personas con diagnósticos de cuadros de psicosis no afectiva no recibía ningún tipo de asistencia psiquiátrica (42). Las clases económicas más bajas pueden tener un menor acceso a los ámbitos terapéuticos y a los abordajes curativos y de rehabilitación de coste económico elevado, tal como los fármacos antipsicóticos de última generación o la formación laboral.

## DEPRESIÓN MAYOR

En un resumen de los resultados obtenidos en varios estudios epidemiológicos efectuados en ámbitos comunitarios sobre pacientes con depresión mayor se observó que el cociente entre el índice de prevalencia de la enfermedad en los NSE altos y el índice de prevalencia en los NSE bajos era de 2,4 respecto a un período de hasta un año y de 1,1 durante el período de toda la vida (11). La hipótesis de la causalidad social está apoyada por los resultados obtenidos en la mayor parte de los estudios, pero no en todos. En un metaanálisis efectuado recientemente se demostró que las personas con un NSE bajo presentan una probabilidad de sufrir depresión 1,8 veces mayor que la de las personas de los grupos de NSE alto (43). Estos resultados no se refieren únicamente a los países industrializados. En efecto, en una revisión reciente de los estudios realizados en diversas localidades de pa-

ises africanos y asiáticos se demostró que las variables relacionadas con el NSE bajo constituían un factor de riesgo (44).

Los estudios de incidencia representan una fuente complementaria de información. En Estados Unidos, Bruce et al. (45) evaluaron el efecto de la pobreza sobre la incidencia del trastorno de depresión mayor, mediante la aplicación a una población de gran tamaño de un instrumento diagnóstico estandarizado, en dos momentos de tiempo. Los cocientes de posibilidades ajustados fueron del orden de 2,5 (intervalo de confianza [IC] del 95 %, 1,3, 4,8). A través del seguimiento de los participantes en el estudio realizado en Stirling County, Canadá, Murphy et al. (46) señalaron que la pobreza, la depresión y la relación entre ambas se mantenían estables a lo largo del tiempo. Aunque la cronicidad y la recidiva no se limitaron a los pacientes con un NSE bajo, la persistencia de la enfermedad desempeñó un papel importante en el mantenimiento de la relación entre la pobreza y la depresión. Lorant et al. (43) observaron que la posibilidad de persistencia de la depresión fue 2,1 veces mayor en los pacientes pertenecientes a los grupos de NSE bajo. Una de las razones fue el hecho de que estos pacientes utilizaron con menos frecuencia los servicios asistenciales correspondientes a la depresión (47).

Para la implementación de intervenciones terapéuticas a tiempo también tiene interés determinar si las situaciones adversas tempranas o actuales desempeñan algún papel en la causalidad de la depresión. En Estados Unidos, Ritsher et al. (48) evaluaron a grupos de pacientes seleccionados por su exposición a la depresión en sus padres. Los pacientes con depresión mayor, seleccionados en distintos ámbitos terapéuticos y los controles que no padecían trastorno de depresión mayor fueron evaluados hasta cuatro veces lo largo de un período de 17 años. Sus respectivos hijos y cónyuges también fueron estudiados. El NSE se determinó a través de grado de instrucción alcanzado y la situación laboral. Se observó un efecto poderoso y constante del grado de instrucción bajo de los padres sobre el inicio de un trastorno de depresión mayor en los hijos, incluso después de realizar un ajuste por la depresión mayor en los padres y por el sexo y la edad de los hijos. La conclusión de los autores fue que el grado de instrucción elevado de los padres puede ser un factor protector frente a la aparición de depresión en los hijos.

En un estudio realizado en el Reino Unido se confirmó el efecto de las situaciones adversas tempranas, aunque un aspecto todavía más importante fue la identificación del papel que desempeñan las situaciones estresantes sociales actuales, como los problemas económicos y la inseguridad laboral (48). En la India, Patel et al. (49) estudiaron un grupo de pacientes atendidos a través de la asistencia primaria y observaron que la imposibilidad de comprar alimentos debido a la falta de dinero y a la existencia de deudas económicas se asoció a un porcentaje elevado de trastornos mentales comunes (ansiedad y depresión).

## DISCUSIÓN

¿Cuál es la trascendencia de estos resultados desde la perspectiva de la salud mental pública? Si se confirmara plenamente la hipótesis de la selección social relativa a la esquizofrenia, esto indicaría que se trata de un trastorno responsable de que el paciente descienda en la escala social, camino a la pobreza, o un trastorno responsable de la perpetuación de la pobreza en las personas que nacen en ella. Una vez que llega a la pobreza, el paciente se debe enfrentar a dos grupos de desventajas: los efectos sociales de la enfermedad (incluyendo el estigma que la acompaña) —que son mayores en los grupos de bajo grado de instrucción— y las difíciles condiciones del entorno relacionadas con su pertenencia al grupo socioeconómico bajo. Para que sean eficaces, los distintos servicios asistenciales deben proteger a estas personas de la pendiente que los lleva cada vez más abajo.

El NSE puede contribuir al índice de prevalencia durante períodos concretos y mantener una situación de discapacidad, al influir sobre el índice de recuperación respecto a la psicosis. La experiencia de enfermedad que presenta el paciente con esquizofrenia desempeña una función importante en el mantenimiento de la situación de discapacidad. Ya en el decenio de 1980, Cooper (50, 51) observó en el Reino Unido que los pacientes pertenecientes a las clases socioeconómicas más bajas presentaban, en comparación con los pacientes pertenecientes a las clases socioeconómicas altas: hospitalizaciones más prolongadas, una probabilidad mucho menor de mejorar o de recuperarse tras el alta hospitalaria, una mayor probabilidad de presentar una rehospitalización temprana y mayor probabilidad de acabar reclusos finalmente en alguna institución asistencial para enfermos crónicos. En el contexto comunitario, los pacientes de clases socioeconómicas bajas tenían menos posibilidades de conseguir un trabajo y presentaban una adaptación social más precaria. Recientemente, Mallet et al. (15), también en el Reino Unido, observaron que el grupo étnico más vulnerable en su estudio sobre el papel del origen racial en el origen de la esquizofrenia, el de las personas de origen afrocaribeño, presentaba dos factores de riesgo más que los otros grupos raciales: la falta de empleo y el hecho de vivir en soledad.

Saraceno y Barbui (52) han sugerido que la existencia de una asociación entre el NSE y la evolución de la enfermedad implicaría que los trastornos mentales como la depresión y la esquizofrenia no se podrían abordar desde un punto de vista terapéutico sin tener en cuenta el ambiente de pobreza y discriminación. Un aspecto importante es el observado por Ciompi (53), que señaló que la evolución relativamente benigna de la esquizofrenia en Suiza podría ser debida a las oportunidades plenas de empleo existentes en este país. Dado el proceso progresivo de globalización, puede aumentar el número de personas asalariadas y sin enfermedades psiquiátricas importantes que sean despedidas de sus trabajos debido a planes de reducción de personal o al cierre de las plantas de producción, lo que podría dar lugar a la observación de cuadros de trastornos psiquiátricos mayores en trabajadores obligados a aceptar empleos de baja remuneración (54).

Saraceno (55) señaló que, paralelamente a la hipótesis etiológica biopsicosocial clásica, se necesita un paradigma idéntico respecto a la intervención en salud mental. Este autor señaló: «La dimensión social de la enfermedad mental debería ser un componente intrínseco de la intervención terapéutica y no sólo una concesión al modelado etiológico». Incluso si se demuestra que la hipótesis de la selección social desempeña un papel predominante en el origen de la esquizofrenia, también deben ser abordados los factores sociales propuestos por los defensores de la hipótesis de la causalidad social, si se desea eliminar o incluso revertir el descenso en la escala social, por ejemplo, mediante la formación con objetivos o la formación continuada (56), así como mediante el establecimiento de entornos laborales adecuados, como las cooperativas que ya se han creado en Argentina, Brasil o Italia (p. ej., 57).

Así, la OMS vería con gusto la implementación de un número mayor de intervenciones dirigidas hacia la solución de los supuestos factores ambientales que ya han sido identificados en los estudios de investigación. Por ejemplo, entre los inmigrantes (58) los riesgos de la salud mental se pueden amortiguar mediante una serie de políticas sociales adecuadas. Thornicroft y Tansella (59) han incorporado los resultados obtenidos en estudios epidemiológicos de investigación en una matriz modificada de servicios comunitarios establecida para abordar las necesidades de las personas que sufren esquizofrenia. Además, con respecto a la depresión, el modelo completo de la psiquiatría de base comunitaria se puede incluir en el repertorio de intervenciones que abordan a las personas pertenecientes a los grupos de NSE bajo (60-62), junto con las iniciativas de prevención primaria basadas en la evidencia.

La combinación juiciosa de las políticas sociales dirigidas hacia la protección de las personas menos favorecidas y de los programas y servicios de salud mental fundamentados en la equidad podría facilitar la aplicación de los datos proporcionados por los estudios de investigación, en beneficio de las poblaciones más vulnerables. Esta conclusión no es nueva, pero todavía no se ha aplicado en todo el mundo un abordaje de esas características, que combine las normativas políticas, los programas y los servicios.

## Agradecimientos

Este artículo ha sido financiado en parte por la National Alliance for Research on Schizophrenia and Depression.

*World Psychiatry 2005; 3: 180-184*

## Bibliografía

- Murray CJL, Lopez AD. The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge: Harvard University Press, 1996.
- Ustun TB, Ayuso-Mateos JL, Chatterji S et al. Global burden of depressive disorders in the year 2000. *Br J Psychiatry* 2004;184:386-92.
- World Health Organization. The world health report 2001. Mental health: new understanding, new hope. Geneva: World Health Organization, 2001.
- Jablensky A, Sartorius N, Ernberg G et al. Schizophrenia: manifestations, incidence and course in different cultures. A World Health Organization ten-country study. *Psychol Med Monogr* 1992;20:1-97.
- World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization, 1992.
- Sartorius N, Janca A. Psychiatric assessment instruments developed by the World Health Organization. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1996;33:55-69.
- World Health Organization. WHO mental health policy and service guidance package: organization of services for mental health. Geneva: World Health Organization, 2003.
- World Health Organization. WHO mental health policy and service guidance package: mental health, human rights and legislation. Geneva: World Health Organization, 2003.
- World Health Organization. Mental health. A call for action by world health ministers. Geneva: World Health Organization, 2001.
- Warner R, de Girolamo G. Schizophrenia. Geneva: World Health Organization, 1995.
- Kohn R, Dohrenwend BP, Mirotnik J. Epidemiological findings on selected psychiatric disorders in the general population. In: Dohrenwend BP (ed). Adversity, stress and psychopathology. New York: Oxford University Press, 1998:235-84.
- Muntaner C, Eaton WW, Miech R et al. Socioeconomic position and major mental disorders. *Epidemiol Rev* 2004;26:53-62.
- Kohn ML. Class, family, and schizophrenia: a reformulation. *Soc Forces* 1972;50:295-304.
- Sharpley MS, Hutchinson G, Murray RM et al. Understanding the excess of psychosis among the African-Caribbean population in England. Review of current hypotheses. *Br J Psychiatry* 2001;178(Suppl. 40):S60-8.
- Mallett R, Leff J, Bhugra D et al. Social environment, ethnicity and schizophrenia. A case-control study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2002;37:329-35.
- Bebbington P, Wilkins S, Jones P et al. Life events and psychosis. Initial results from the Camberwell Collaborative Psychosis Study. *Br J Psychiatry* 1993;162:72-9.
- Dohrenwend BP, Levav I, Shrout PE et al. Socioeconomic status and psychiatric disorders: the causation-selection issue. *Science* 1992;255:946-52.
- Hjern A, Wicks S, Dalman C. Social adversity contributes to high morbidity in psychoses in immigrants – a national cohort study in two generations of Swedish residents. *Psychol Med* 2004;34:1025-33.
- Dohrenwend BP, Dohrenwend BS. Social status and psychological disorder. A causal inquiry. New York: Wiley, 1969.
- Goldberg EM, Morrison SL. Schizophrenia and social class. *Br J Psychiatry* 1963;109:785-802.
- Gerard DL, Houston LG. Family setting and the social ecology of schizophrenia. *Psychiatr Q* 1953;27:90-101.
- Lystad MH. Social mobility among selected groups of schizophrenic patients. *Am Sociol Rev* 1957;22:288-92.
- Plank R. Ecology of schizophrenia: newer research on the drift hypothesis. *Am J Orthopsychiatry* 1959;29:819-26.
- Wender PH, Rosenthal D, Kety SS et al. Social class and psychopathology in adoptees. A natural experimental method for separating the roles of genetic and experimental factors. *Arch Gen Psychiatry* 1973;28:318-25.
- Wiersma D, Giel R, De Jong A et al. Social class and schizophrenia in a Dutch cohort. *Psychol Med* 1983;13:141-50.
- Malama IM, Papaioannou DJ, Kaklamani EP et al. Birth order sibship size and socio-economic factors in risk of schizophrenia in Greece. *Br J Psychiatry* 1988;152:482-6.
- Done DJ, Crow TJ, Johnstone EC et al. Childhood antecedents of schizophrenia and affective illness: social adjustment at ages 7 and 11. *Br Med J* 1994;309:699-703.
- Jones P, Rodgers B, Murray R et al. Child development risk factors for adult schizophrenia in the British 1946 birth cohort. *Lancet* 1994;344:1398-402.
- Makikyro T, Isohanni M, Moring J et al. Is a child's risk of early onset schizophrenia increased in the highest social class? *Schizophr Res* 1997;23:245-52.
- Timms D. Gender, social mobility and psychiatric diagnoses. *Soc Sci Med* 1998;46:1235-47.
- Jones PB, Bebbington P, Foerster A et al. Premorbid social underachievement in schizophrenia. Results from the Camberwell Collaborative Psychosis Study. *Br J Psychiatry* 1993;162:65-71.
- Croudace TJ, Kayne R, Jones PB et al. Non-linear relationship between an index of social deprivation, psychiatric admission prevalence and the incidence of psychosis. *Psychol Med* 2000;30:177-85.
- Eaton W, Harrison G. Life chances, life planning and schizophrenia: a review and interpretation of research on social deprivation. *Int J Ment Health* 2001;30:58-81.
- Isohanni I, Jones PB, Jarvelin MR et al. Educational consequences of mental disorders treated in hospital. A 31-year follow-up of the Northern Finland 1966 Birth Cohort. *Psychol Med* 2001;31:339-49.
- Aro S, Aro H, Kesimäki I. Socio-economic mobility among patients with schizophrenia or major affective disorder. A 17-year retrospective follow-up. *Br J Psychiatry* 1995;166:759-67.
- Mulvany F, O'Callaghan E, Takei N et al. Effect of social class at birth on risk and presentation of schizophrenia: case-control study. *Br Med J* 2001;323:1398-401.
- Harrison G, Gunnell D, Glazebrook C et al. Association between schizophrenia and social inequality at birth: case-control study. *Br J Psychiatry* 2001;179:346-50.
- Selten JP, Veen N, Feller W et al. Incidence of psychotic disorders in immigrant groups to The Netherlands. *Br J Psychiatry* 2001;178:367-72.
- Hickling FW, Rodgers-Johnson P. The incidence of first contact

- schizophrenia in Jamaica. *Br J Psychiatry* 1995;167:193-6.
40. Bhugra D, Hilwig M, Hossein B et al. First-contact incidence rates of schizophrenia in Trinidad and one-year follow-up. *Br J Psychiatry* 1996;169:587-92.
  41. Mahy GE, Mallett R, Leff J et al. First-contact incidence rate of schizophrenia in Barbados. *Br J Psychiatry* 1999;175:28-33.
  42. Kohn R, Saxena S, Levav I et al. Treatment gap in mental health care. *WHO Bull* 2004;82:858-66.
  43. Lorant V, Deliege D, Eaton W et al. Socio-economic inequalities in depression: a meta-analysis. *Am J Epidemiol* 2003;157:98-112.
  44. Husain N, Creed F, Tomenson B. Depression and social stress in Pakistan. *Psychol Med* 2002;30:395-402.
  45. Bruce ML, Takeuchi DT, Leaf PJ. Poverty and psychiatric status. Longitudinal evidence from the New Haven Epidemiologic Catchment Area study. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48:470-4.
  46. Murphy JM, Olivier DC, Monson RR et al. Depression and anxiety in relation to social status. A prospective epidemiologic study. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48:223-9.
  47. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S et al. Use of mental health services in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand* 2004;109(Suppl. 420):47-54.
  48. Ritsher JE, Warner V, Johnson JG et al. Inter-generational longitudinal study of social class and depression: a test of social causation and social selection models. *Br J Psychiatry* 2001;178(Suppl. 40):S84-90.
  49. Patel V, Pereira J, Coutinho L et al. Poverty, psychological disorder and disability in primary care attenders in Goa, India. *Br J Psychiatry* 1998;172:533-6.
  50. Cooper B. Social class and prognosis in schizophrenia. I. *Br J Med Psychol* 1961;34:157-62.
  51. Cooper B. Social class and prognosis in schizophrenia. II. *Br J Prev Soc Med* 1961;15:31-41.
  52. Saraceno B, Barbui C. Poverty and mental illness. *Can J Psychiatry* 1997;42:285-90.
  53. Ciompi L. Catamnestic long-term study on the course of life and aging of schizophrenics. *Schizophr Bull* 1980;6:606-18.
  54. Lewis G, Araya R. Globalization and mental health. In: Sartorius N, Gaebel W, Lopez-Ibor JJ et al (eds). *Psychiatry in society*. Chichester: Wiley, 2002:57-78.
  55. Saraceno B. Mental health: scarce resources need new paradigms. *World Psychiatry* 2004;3:3-5.
  56. Ponizovsky A, Grinshpoon A, Sasson R et al. Stress in adult students with schizophrenia in a supported education program. *Compr Psychiatry* 2004;45:401-7.
  57. Cohen A, Saraceno B. The risk of freedom: mental health services in Trieste. In: Cohen A, Kleinman A, Saraceno B (eds). *World mental health casebook: social and mental programs in low-income countries*. New York: Kluwer/Plenum, 2002:191-220.
  58. Bhugra D. Migration and schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 2000;102(Suppl. 407):68-73.
  59. Thornicroft G, Tansella M. The implications of epidemiology for service planning in schizophrenia. In: Murray RM, Jones PB, Susser E et al (eds). *The epidemiology of schizophrenia*. Cambridge: Cambridge University Press, 2003:411-26.
  60. Munoz RF. *Depression prevention: research directions*. Washington: Hemisphere Publishing, 1987.
  61. Mrazek PJ, Haggerty RJ. *Reducing risks for mental disorders: frontiers for preventive intervention research*. Washington: National Academy Press, 1994.
  62. Chisholm D, Sanderson K, Ayuso-Mateos JL et al. Reducing the global burden of depression: population-level analysis of intervention cost-effectiveness in 14 world regions. *Br J Psychiatry* 2004;184:393-403.

# Trastornos del sueño en la práctica psiquiátrica

WALDEMAR SZELENBERGER<sup>1,2</sup>, CONSTANTIN SOLDATOS<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup>WPA Section on Psychiatry and Sleep Wakefulness Disorders

<sup>2</sup>Department of Psychiatry, Medical University of Warsaw, Poland

<sup>3</sup>Department of Psychiatry, University of Athens, Greece

A lo largo de los últimos años se han obtenido pruebas abundantes de que las alteraciones del sueño tienen una gran prevalencia en la comunidad. El insomnio es, con mucha diferencia, el trastorno más frecuente del sueño y se asocia a menudo a enfermedades psiquiátricas concomitantes, especialmente la ansiedad y los trastornos del estado de ánimo. Por otra parte, las alteraciones del sueño están presentes con frecuencia en los pacientes psiquiátricos y han sido incorporadas a los criterios diagnósticos oficiales de muchos trastornos mentales, como la depresión mayor, el trastorno por estrés posttraumático, el trastorno de ansiedad generalizada y los trastornos relacionados con sustancias. Las estimaciones relativas a la prevalencia de los trastornos del sueño presentan grandes divergencias, debido a que estos cuadros han sido definidos de formas diferentes. Sin embargo, en la actualidad hay tres clasificaciones diferentes de los trastornos del sueño que permiten establecer criterios diagnósticos fiables y que facilitan una mayor congruencia en la investigación clínica. En particular, los criterios diagnósticos de la CIE-10 relativos al insomnio han sido útiles para establecer un consenso entre los especialistas del sueño acerca de la significación precisa de este trastorno clínico: se lo define sobre la base de la percepción subjetiva de insuficiencia de sueño o de sueño no reparador (percepción que representa su característica más importante) y no según el tiempo real que el paciente permanece sin dormir. Además de la evolución de los sistemas de clasificación, también ha contribuido significativamente a los avances realizados en este campo el desarrollo de herramientas diagnósticas específicas, como las escalas de valoración para cuantificar las manifestaciones clínicas de los trastornos del sueño. Por ejemplo, se han aclarado de manera considerable los factores de riesgo responsables de la aparición del insomnio crónico, de sus consecuencias y de la compleja relación existente entre el insomnio y los cuadros psicopatológicos. En cuanto a las alteraciones polisomnográficas observadas en los diferentes trastornos mentales, no se ha demostrado que ninguna de ellas sea patognomónica de algún trastorno mental; no obstante, los estudios polisomnográficos se han refinado considerablemente a lo largo del último decenio, y en la actualidad se han definido ciertos patrones polisomnográficos generales del sueño, observados en algunos trastornos específicos. Finalmente, se han producido avances sustanciales en la definición del sustrato neuropsicobiológico de los cuadros de alteración del sueño. Así, se ha identificado que la hipervigilia es la característica clave del insomnio crónico, y se ha demostrado su asociación con una activación durante las 24 horas del día de los dos componentes del sistema de estrés, es decir, el eje hipotálamo-hipofisis-suprarrenal y el sistema nervioso simpático.

**Palabras clave:** trastornos del sueño, insomnio, psicopatología, polisomnografía, neurobiología.

Las alteraciones del sueño son muy frecuentes. Bixler et al. (1) estudiaron entre los primeros investigadores que realizaron estudios epidemiológicos exhaustivos del sueño sobre muestras representativas de la población general. Estos investigadores observaron que el 32,2 % de la población general manifestaba presentar problemas de insomnio. Además, el 7,1 % sufría o había sufrido un sueño excesivo; el 11,2 % tenía problemas de pesadillas, y el 2,5 % informaba sufrir o haber sufrido sonambulismo.

En los pacientes que sufren alteraciones del sueño son frecuentes los diagnósticos psiquiátricos concomitantes. En un estudio publicado en 1989, Ford y Kamerow (2) demostraron que sufría algún trastorno psiquiátrico el 40 % de las personas que señalaron presentar insomnio y el 46,5 % de las que indicaron padecer hipersomnia, en comparación con el 16,4 % de las personas que no padecían alteraciones del sueño. Los trastornos de ansiedad fueron los problemas mentales más frecuentes tanto en los pacientes con insomnio como en los pacientes con hipersomnia (23,9 y 27,6 %, respectivamente). También se detectó un incremento en la prevalencia de la depresión mayor y de los cuadros de abuso de alcohol y otras sustancias.

Se ha observado que el insomnio se asocia a enfermedad psiquiátrica en las dos terceras partes de los pacientes que acuden a centros de trastornos del sueño, y que más de la mitad de estos pacientes sufre trastornos del estado de ánimo (3). En otro estudio, el insomnio relacionado con los trastornos psiquiátricos constituyó el diagnóstico más frecuente en los pacientes remitidos debido a insomnio a cinco centros de medicina del sueño (4).

En la práctica psiquiátrica son atendidos con frecuencia pacientes con alteraciones del sueño. El insomnio representa el trastorno del sueño más prevalente no solamente en la población general sino también entre los pacientes psiquiátricos. Por ejemplo, Berlin et al. (5) observaron que de un grupo de 100 pacientes remitidos a un hospital general para consulta psiquiátrica, 72 sufrían insomnio. En un estudio realizado por McCall et al. (6), el 93 % de los pacientes hospitalizados por depresión presentaba insomnio. La alteración del sueño es un criterio diagnóstico en muchos trastornos mentales, tales como el episodio depresivo, el tras-

torno por estrés posttraumático (TEPT), el trastorno de ansiedad generalizada y los trastornos relacionados con sustancias (7-9).

## ASPECTOS DIAGNÓSTICOS

Tal como ya se ha señalado, uno de cada tres adultos puede tener dificultades para conciliar el sueño o para permanecer dormido, o puede presentar problemas debido a que se despierta muy temprano (1); sin embargo, cuando se utiliza una definición más restrictiva del sueño, la frecuencia del insomnio se mantiene en el intervalo del 7,5 al 10,2 % (2, 10). De la misma manera, cuando el diagnóstico de las alteraciones del sueño se establece en función de los criterios de una duración de 2 semanas durante los 6 meses previos, una interferencia con la actividad diurna y la ausencia de relación con trastorno mental o con alguna enfermedad médica, la frecuencia del insomnio es sólo del 3,2 % (2). Por lo tanto, es evidente la necesidad de desarrollar criterios diagnósticos que sean plenamente aceptados.

Dada la acumulación de conocimientos que ha tenido lugar a lo largo de los años, el insomnio ha sido conceptualizado de distintas maneras. Hasta el momento no hay ninguna definición universalmente aceptada. La CIE-10 define el trastorno clínico del insomnio de la manera siguiente: el síntoma puede ser la dificultad para conciliar el sueño o para mantenerlo, o un sueño de mala calidad; la alteración del sueño debe haber tenido lugar al menos en tres ocasiones semanales durante el último mes; la cantidad o la calidad insatisfactorias del sueño causan angustia o interfieren con las actividades cotidianas de la persona. Por lo tanto, los criterios diagnósticos recogidos en la CIE-10 son útiles para establecer el umbral de una alteración significativa del sueño. Hay que subrayar el hecho de que el insomnio es un problema subjetivo que cursa con un sueño insuficiente o con un sueño no reparador; este síntoma es más importante que la cantidad de tiempo que pasa el paciente sin dormir (11).

Es evidente que el establecimiento de una clasificación de los trastornos del sueño aceptada de manera universal también in-

crementaría la precisión diagnóstica, mejoraría las posibilidades de comparación entre los estudios epidemiológicos y ofrecería una homogeneidad mayor en la investigación. Esta necesidad ha sido reconocida desde hace mucho tiempo. El primer sistema de clasificación fue propuesto en 1979 (12). Actualmente existen tres clasificaciones diferentes de los trastornos del sueño: la edición revisada de la *International Classification of Sleep Disorders* (ICSD) (13), la sección de los trastornos del sueño correspondiente al DSM-IV y la sección de la CIE-10 correspondiente a los trastornos del sueño de origen no orgánico.

La edición revisada de la ICSD comprende 88 síndromes, que se incluyen en las siguientes categorías (13):

- Disomnias: trastornos en el inicio y el mantenimiento del sueño, así como trastornos de somnolencia excesiva.
- Parasomnias: fenómenos no deseables que tienen lugar predominantemente durante el sueño.
- Trastornos del sueño asociados a enfermedades mentales, neurológicas o médicas de otro tipo.
- Trastornos del sueño no catalogados.

La ICSD también difiere de otras clasificaciones debido a que incluye criterios diagnósticos polisomnográficos.

La sección de los trastornos del sueño del DSM-IV (7) incluye las siguientes categorías:

- Trastornos primarios del sueño, que se subdividen en disomnias y parasomnias.
- Trastornos del sueño relacionados con otro trastorno mental.
- Otros trastornos del sueño: el trastorno del sueño debido a una enfermedad médica y el trastorno del sueño inducido por sustancias.

En la CIE-10, los trastornos del sueño de origen extraorgánico se incluyen junto con los trastornos mentales y del comportamiento. La sección correspondiente a los trastornos del sueño de origen extraorgánico se subdivide en: *a*) disomnias, es decir, alteraciones predominantes en la cantidad, la calidad o la cronología del sueño debidas a causas emocionales (insomnio extraorgánico, hipersomnia extraorgánica, trastornos extraorgánicos del ciclo sueño-vigilia), y *b*) parasomnias, es decir, episodios anómalos durante el sueño (sonambulismo, terrores nocturnos, pesadillas). Los trastornos del sueño de origen no psicógeno, como la narcolepsia o la apnea del sueño, se incluyen en el capítulo 6 de la CIE-10 (8).

La clasificación del insomnio del National Institute of Mental Health (14) puede ser útil para la planificación terapéutica. En esta clasificación, el insomnio se divide en: *a*) insomnio transitorio, que dura sólo varios días y que está relacionado con situaciones de estrés menor; *b*) insomnio de corta evolución, con una duración de hasta 3 semanas y asociado a problemas personales importantes en el ámbito laboral o en la vida familiar, y *c*) insomnio prolongado. Hay que destacar el hecho de que tanto el insomnio transitorio como el insomnio de corta evolución son reacciones fisiológicas que aparecen en personas cuyo sueño es normal, mientras que el insomnio prolongado es un trastorno que tiene múltiples causas.

## MÉTODOS DE EVALUACIÓN

El desarrollo de herramientas diagnósticas específicas ha contribuido significativamente a los avances en este campo. Durante los 6 últimos años, la polisomnografía ha sido el método principal para el análisis del sueño y ha constituido la herramienta diagnóstica más importante en medicina del sueño. Los sistemas estandarizados de puntuación relativos a las distintas fases del sueño han tenido una gran trascendencia y han permitido la comparación de

los resultados obtenidos en los diferentes laboratorios. Desde la década de 1960, los criterios de puntuación de Rechtschaffen y Kales (15) han constituido la prueba de referencia, a pesar del desarrollo de métodos alternativos para la descripción del sueño.

La alteración del sueño se debe considerar como un trastorno que afecta las 24 horas del día. Por lo tanto, los registros nocturnos pueden ser enriquecidos con pruebas diurnas, como el Multiple Sleep Latency Test, una técnica neurofisiológica desarrollada para cuantificar la tendencia al sueño (16).

También se han desarrollado escalas de valoración para la cuantificación de las manifestaciones clínicas de los trastornos del sueño. Entre otras muchas destacan las siguientes: el Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), diseñado para evaluar la calidad del sueño valorada por el propio paciente (17); la Sleep Problems Scale (18); la Stanford Sleepiness Scale, que fue la primera herramienta desarrollada para determinar la hipersomnolencia diurna valorada por el propio paciente (19), y la Epworth Sleepiness Scale, utilizada para evaluar la somnolencia diurna excesiva y crónica (20). Recientemente, se ha introducido la Athens Insomnia Scale, un instrumento que permite cuantificar la gravedad del insomnio en función de los criterios de la CIE-10 y que está constituido por ocho ítems (o por cinco ítems en su versión breve) (11, 21, 22). Además, es posible utilizar muchos otros parámetros psicobiológicos, dado que la medicina del sueño depende de un abordaje multidisciplinar.

## INSOMNIO Y PSICOPATOLOGÍA

«Es virtualmente axiomático el hecho de que las alteraciones de la mente se pueden manifestar tanto durante el sueño como durante la vigilia» (23). Hasta el momento, se ha acumulado una gran cantidad de datos relativos al sueño en los pacientes que sufren trastornos mentales. Las manifestaciones clínicas del insomnio crónico quedaron claramente documentadas en una serie de artículos publicados en las décadas de 1970 y 1980 por el grupo de Kales, que finalmente se integraron en una monografía relativa a la evaluación diagnóstica y al tratamiento del insomnio (24).

El insomnio es un trastorno de origen heterogéneo. Los diagnósticos múltiples son la norma, más que la excepción. Los acontecimientos vitales estresantes y los factores estresantes de la vida cotidiana son elementos desencadenantes, mientras que los malos hábitos relacionados con el dormir contribuyen al desarrollo y a la persistencia del insomnio. No obstante, hay algunos factores predisponentes, como el sexo femenino (25) y los antecedentes familiares de alteraciones del sueño (26), que incrementan la vulnerabilidad frente al insomnio. Mediante el uso del Vietnam Era Registry, McCarren et al. (27) demostraron que los efectos genéticos eran elementos predictivos más intensos que la exposición al combate del insomnio informado por el propio individuo. Durante muchos años, el insomnio ha sido contemplado como un trastorno de importancia menor, aunque se aceptaba que los pacientes que lo presentaban mostraban también problemas de salud física y mental, y que la incidencia de intentos de suicidio en estos pacientes era cuatro veces superior a la observada en los controles (28). Los estudios epidemiológicos prospectivos han demostrado de manera constante que las personas que sufren insomnio muestran un riesgo mayor de sufrir un trastorno de depresión. Ford y Kamerow (2) fueron los primeros investigadores en demostrar que las personas que presentan insomnio, tanto en el momento de la consulta inicial como un año después, muestran un riesgo mayor de desarrollar un cuadro nuevo de depresión a lo largo de este período de tiempo. Eaton et al. (29) demostraron que se pueden identificar problemas con el sueño en el 47 % de los nuevos casos de depresión mayor que tienen lugar a lo largo del año siguiente y que los problemas con el sueño constituyen un factor predictivo de la depresión florida más intenso que los pensamientos o deseos de muerte, la sen-

sación de inutilidad y culpa, el retraso psicomotor, los problemas con el peso corporal y la fatiga. En el estudio de Breslau et al. (30), los pacientes con insomnio mostraron un riesgo casi cuatro veces mayor de sufrir un trastorno de depresión nuevo durante los 3,5 años siguientes. Los datos obtenidos en estudios epidemiológicos indican que el riesgo de sufrir un trastorno de ansiedad nuevo o cuadros de abuso de alcohol también es mayor entre los pacientes que presentan insomnio (2).

En una revisión de 10 estudios epidemiológicos efectuados acerca de la asociación entre cardiopatía e insomnio, la conclusión de Schwartz et al. (31) fue que las alteraciones del sueño constituyen un indicador del estrés crónico, que da lugar a disfunción del sistema nervioso autónomo e incremento del riesgo de infarto miocárdico.

## ALTERACIONES DEL SUEÑO EN LOS TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS

Las alteraciones del sueño mejor descritas y más documentadas son las correspondientes a los trastornos de depresión. Las alteraciones del sueño durante un episodio de depresión aguda se caracterizan por disminución de la continuidad del sueño (aumento de la latencia del sueño, episodios múltiples de despertar durante el sueño, despertar de madrugada), reducción del sueño con ondas lentas (fases 3 y 4), acortamiento de la latencia hasta el primer período de sueño con movimientos oculares rápidos (*rapid eye movement*, REM) e incremento de la cantidad de sueño REM en la fase inicial de la primera mitad de la noche. No obstante, el 10-15 % de los pacientes con depresión presenta hipersomnia, junto con una sensación de disminución de la energía y de retraso psicomotor (para una revisión, v. 32). En la manía se observan una disminución de la latencia y una densidad mayor del sueño REM (33).

También se han documentado alteraciones del sueño en otros trastornos psiquiátricos, como la esquizofrenia, los trastornos de ansiedad, la demencia y el alcoholismo. Los problemas observados con mayor frecuencia en los pacientes esquizofrénicos son: prolongación de la latencia del sueño, disminución de la continuidad del sueño, reducción del tiempo total de sueño, disminución del sueño con ondas lentas, reducción de la latencia del sueño REM, reducción o prolongación del sueño REM e incremento de la densidad del sueño REM (para una revisión, v. 34). En los pacientes con trastorno de ansiedad generalizada el sueño se caracteriza por la disminución de su profundidad y su continuidad (35). En pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo tratados de manera ambulatoria se ha demostrado una disminución en la eficacia del sueño (66). Los criterios del DSM-IV y de la CIE-10 para el diagnóstico de TEPT incluyen las pesadillas y las dificultades para conciliar o mantener el sueño; sin embargo, en estudios objetivos del sueño en pacientes con TEPT no se han observado alteraciones o se han detectado alteraciones variables: disminución del tiempo total de sueño, reducción de la eficacia del sueño y del sueño delta, disminución o aumento de la latencia y del porcentaje del sueño REM e incremento de la densidad del sueño REM (37). En los pacientes con enfermedad de Alzheimer posible o probable se observa una disminución del sueño con ondas lentas asociada a episodios de despertar nocturno (38). En los pacientes en situación de abstinencia de alcohol se ha detectado una reducción considerable del sueño con ondas lentas (39). Las variables polisomnográficas no son patognomónicas de ningún trastorno mental concreto (40), aunque es posible identificar patrones generales del sueño para los distintos trastornos mentales. El análisis automático del electroencefalograma (EEG) puede ofrecer información adicional. Por ejemplo, Ganguli et al. (41) observaron una disminución en los recuentos delta en los esquizofrénicos, sin diferencias en su porcentaje de sueño con ondas lentas respecto al detectado en los controles.

Aunque la polisomnografía es el indicador más utilizado y de mayor sensibilidad respecto a las características del sueño, hasta el momento no se han definido parámetros diagnósticos. Por lo tanto, se plantean dos cuestiones. En primer lugar, ¿cuál es la utilidad de la investigación psiquiátrica del sueño en el ámbito clínico y de qué manera contribuye esta investigación a la clasificación diagnóstica, la evaluación del curso y el pronóstico acerca de la evolución? En segundo lugar, ¿puede ofrecer la investigación psiquiátrica del sueño información respecto a los mecanismos biológicos de los trastornos mentales?

Muchos datos confirman el hecho de que las características clínicas y las anomalías subyacentes se pueden traducir en variables del sueño. Los patrones de alteración del ciclo sueño-vigilia presentan una evolución paralela al deterioro cognitivo en los pacientes con enfermedad de Alzheimer posible o probable (38). La cantidad de sueño con ondas lentas parece relacionarse de manera inversa con la presencia de síntomas negativos en los pacientes con esquizofrenia (41). La disminución del sueño con ondas lentas se asocia a atrofia cerebral en los pacientes en situación de abstinencia de alcohol (39).

En estudios efectuados con diseño de seguimiento longitudinal y de carácter familiar se ha señalado que las alteraciones del sueño que se manifiestan en la depresión son de tipo rasgo. El sueño de los pacientes con depresión en fase de remisión todavía está alterado: se observa una disminución del sueño delta y un acortamiento de la latencia del sueño REM. Por su parte, la disminución de la latencia del sueño REM se asocia a un aumento en el riesgo de recidiva (42). En los probandos de alto riesgo, la polisomnografía ha demostrado que la disminución de la latencia del sueño REM y las alteraciones en el sueño con ondas lentas tienen un carácter familiar, así como que las alteraciones polisomnográficas pueden anteceder a la expresión clínica de la depresión (43). Los alcohólicos en situaciones de recidiva muestran una latencia del sueño REM significativamente menor y un porcentaje significativamente mayor de sueño REM, en comparación con las personas no alcohólicas. La polisomnografía efectuada en el momento de la hospitalización parece ser un factor predictivo de la recidiva al cabo de los 3 meses siguientes, superior a cualquier otra variable clínica o demográfica (44).

Las alteraciones del sueño pueden tener valor en la predicción del suicidio. En un estudio prospectivo efectuado sobre la población general se demostró que la frecuencia de las pesadillas nocturnas estaba relacionada con el riesgo de suicidio (45). El insomnio, la hipersomnia y la calidad subjetiva del sueño basada en el PSQI son factores relacionados con el comportamiento suicida (46). Los pacientes con depresión mayor y pesadillas al menos dos veces a la semana muestran puntuaciones mayores en las escalas de suicidio (47). Los pacientes que realizan intentos de suicidio presentan latencias del sueño mayores, disminución de los recuentos delta en las fases finales de la noche y una duración mayor del sueño REM (48).

Los datos del sueño también pueden ser útiles para predecir la evolución del TEPT. Koren et al. (49) señalaron que la persistencia de las alteraciones del sueño al cabo de un mes del traumatismo tenían un valor predictivo significativo respecto a la aparición de TEPT al cabo de un año. Mellman et al. (50) demostraron que el patrón de sueño REM más fragmentado durante el primer mes desde la lesión se asocia a la aparición de TEPT.

## EL SUSTRATO NEUROPSICBIOLÓGICO DEL SUEÑO ALTERADO

Se han efectuado avances considerables en la definición de los mecanismos subyacentes a los trastornos del sueño. La hipervigilia (*hyperarousal*) ha sido identificada como la característica cardinal del insomnio (51). El insomnio crónico se asocia a una activación durante las 24 horas del día de los dos componentes principales del sistema de estrés: el eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal y el sistema

simpático. Las concentraciones urinarias de cortisol libre y de los metabolitos de las catecolaminas son significativamente mayores en los pacientes que sufren insomnio y se relacionan con las alteraciones objetivas del sueño (52). Hay muchos otros parámetros adicionales que sugieren que la vigilia (*arousal*) excesiva se debe a un incremento en la actividad del sistema nervioso simpático: dificultades para el mantenimiento del sueño, incremento del metabolismo basal, alteraciones en la variabilidad de la frecuencia cardíaca e incremento de la temperatura corporal (para una revisión, v. 53). Se ha propuesto que la activación crónica del sistema de estrés desempeña una función importante en la disminución de la salud mental y física que acompaña al insomnio persistente (31, 52).

En el modelo de estrés-diátesis relativo a los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad, la alteración en la regulación del factor liberador de corticotropina (CRF) es el elemento responsable de las respuestas del tipo de la vigilia excesiva, el nerviosismo y el insomnio (24). Richardson y Roth (53) señalaron que el insomnio primario presenta un solapamiento importante con el trastorno de depresión mayor y propusieron la existencia de elementos comunes en su fisiopatología. Esta posible relación ha llevado a plantear la hipótesis de que el elemento responsable del insomnio primario es el incremento en la actividad de las neuronas productoras de CRF. No obstante, las neuronas hipotalámicas productoras de CRF constituyen únicamente el elemento integrador final que transforma la respuesta de estrés en una respuesta endocrina. Se ha propuesto que los factores estresantes que requieren ser interpretados y modulados por la experiencia previa pueden influir sobre el núcleo paraventricular a través de circuitos sinápticos entre el sistema límbico y el prosencéfalo (55).

## LÍNEAS FUTURAS

En el campo de los trastornos del sueño aún hay muchas cuestiones en las que es necesario profundizar. Antes que nada, es necesario incorporar la medicina del sueño en el conjunto de las asignaturas que se imparten en las facultades de medicina y en los programas de residencia hospitalaria. La mayor parte de los estudios se han centrado en las alteraciones del sueño que acompañan a la depresión y en el insomnio de origen extraorgánico. El interés por los estudios sobre el sueño en los pacientes con esquizofrenia está desapareciendo; no obstante, las alteraciones del sueño en esta enfermedad han sido bien demostradas. Son escasos los estudios realizados acerca de las alteraciones del sueño en los trastornos de ansiedad. También hay territorios que aún no han sido explorados. Por ejemplo, las alteraciones diurnas de la actividad constituyen un requisito indispensable para el diagnóstico del insomnio, pero sigue existiendo una controversia respecto a la reducción de la actividad que presentan los pacientes que sufren insomnio. Hay relativamente poca información respecto a la seguridad y la eficacia del uso crónico de medicamentos hipnóticos. También hay pruebas firmes de que los pacientes con insomnio muestran un riesgo mayor de sufrir depresión, pero no se ha determinado si el tratamiento temprano del insomnio impide el inicio de la depresión, una cuestión que ya se planteaba en el estudio pionero de Ford y Kamerow (2).

*World Psychiatry 2005; 3: 185-189*

## Bibliografía

- Bixler EO, Kales A, Soldatos CR et al. Prevalence of sleep disorders in the Los Angeles metropolitan area. *Am J Psychiatry* 1979;36:1257-62.
- Ford DE, Kamerow DB. Epidemiologic study of sleep disturbances and psychiatric disorders. An opportunity for prevention? *JAMA* 1989;262:1479-84.
- Tan TL, Kales JD, Kales A et al. Biopsychobehavioral correlates of insomnia, IV: Diagnosis based on DSM-III. *Am J Psychiatry* 1984;141:357-62.
- Buyse DJ, Reynolds CF, Hauri PJ et al. Diagnostic concordance for DSM-IV sleep disorders: a report from the APA/NIMH DSM-IV trial. *Am J Psychiatry* 1994;151:1351-60.
- Berlin RM, Litovitz GL, Diaz MA et al. Sleep disorders on a psychiatric consultation service. *Am J Psychiatry* 1984;141:582-4.
- McCall WV, Reboussin BA, Cohen W. Subjective measurement of insomnia and quality of life in depressed inpatients. *J Sleep Res* 2000;9:43-8.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed. Washington: American Psychiatric Association, 1994.
- World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization, 1992.
- World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research. Geneva: World Health Organization, 1993.
- Bixler EO, Vgontzas AN, Lin HM et al. Insomnia in central Pennsylvania. *J Psychosom Res* 2002;53:589-92.
- Soldatos CR. The assessment of insomnia: rationale for a new scale based on ICD-10 principles. In: Szelenberger W, Kukwa A (eds). *Sleep. Physiology and pathology*. Warszawa: Elma Books, 1995:119-31.
- Association of Sleep Disorders Centers. Diagnostic classification of sleep and arousal disorders. *Sleep* 1979;2:1-137.
- American Sleep Disorders Association. ICSD - International classification of sleep disorders, revised. Diagnostic and coding manual. Rochester: American Sleep Disorders Association, 1997.
- National Institute of Mental Health. Consensus conference report. Drugs and insomnia. The use of medications to promote sleep. *JAMA* 1984;251:2410-4.
- Rechtschaffen A, Kales A (eds). A manual of standardized terminology, techniques and scoring system for sleep stages of human subjects. Washington: Government Printing Office, 1968.
- Carskadon MA, Dement WC, Mitler MM et al. Guidelines for the multiple sleep latency test (MSLT): a standard measure of sleepiness. *Sleep* 1986;9:519-24.
- Buyse DJ, Reynolds CF, Monk TH et al. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res* 1989;28:193-213.
- Jenkins CD, Stanton BA, Niemcryk SJ et al. A scale for the estimation of sleep problems in clinical research. *J Clin Epidemiol* 1988;41:313-21.
- Hoddes E, Zarcone V, Smythe H et al. Quantification of sleepiness: a new approach. *Psychophysiology* 1973;10:431-6.
- Johns MW. A new method for measuring daytime sleepiness: the Epworth Sleepiness Scale. *Sleep* 1991;14:540-5.
- Soldatos CR, Dikeos DG, Paparrigopoulos TJ. Athens Insomnia Scale: validation of an instrument based on ICD-10 criteria. *J Psychosom Res* 2000;48:555-60.
- Soldatos CR, Dikeos DG, Paparrigopoulos TJ. The diagnostic validity of the Athens Insomnia Scale. *J Psychosom Res* 2003;55:263-7.
- Dement WC. Psychophysiology of sleep and dreams. In: Arieti S (ed). *American handbook of psychiatry*, Vol. 3. New York: Basic Books, 1966:290-332.
- Kales AA, Kales JD. Evaluation and treatment of insomnia. New York: Oxford University Press, 1984.
- Klink ME, Quan SF, Kaltenborn WT et al. Risk factors associated with complaints of insomnia in a general adult population. Influence of previous complaints of insomnia. *Arch Intern Med* 1992;152:1634-7.
- Bastien CH, Morin CM. Familial incidence of insomnia. *J Sleep Res* 2000;9:49-54.

27. McCarren M, Goldberg J, Ramakrishnan V et al. Insomnia in Vietnam era twins: influence of genes and combat exposure. *Sleep* 1994;17:456-61.
28. Kales JD, Kales A, Bixler EO et al. Biopsychobehavioral correlates of insomnia, V: Clinical characteristics and behavioral correlates. *Am J Psychiatry* 1984;141:1371-6.
29. Eaton WW, Badawi M, Melton B. Prodromes and precursors: epidemiologic data for primary prevention of disorders with slow onset. *Am J Psychiatry* 1995;152:967-72.
30. Breslau N, Roth T, Rosenthal L et al. Sleep disturbance and psychiatric disorders: a longitudinal epidemiological study of young adults. *Biol Psychiatry* 1996;39:411-8.
31. Schwartz S, McDowell Anderson W, Cole SR et al. Insomnia and heart disease: a review of epidemiologic studies. *J Psychosom Res* 1999;47:313-33.
32. Reynolds CF, Kupfer DJ. Sleep research in affective illness: state of the art circa 1987. *Sleep* 1987;10:199-215.
33. Hudson JI, Lipinski JF, Keck PE et al. Polysomnographic characteristics of young manic patients. Comparison with unipolar depressed patients and normal control subjects. *Arch Gen Psychiatry* 1992;49:378-85.
34. Gierz M, Campbell SS, Gillin JC. Sleep disturbances in various nonaffective psychiatric disorders. *Psychiatr Clin North Am* 1987;10:565-81.
35. Fuller KH, Waters WF, Binks PG et al. Generalized anxiety and sleep architecture: a polysomnographic investigation. *Sleep* 1997;20:370-6.
36. Robinson D, Walsleben J, Pollack S et al. Nocturnal polysomnography in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res* 1998;80:257-63.
37. Hurwitz TD, Mahowald MW, Kuskowski M et al. Polysomnographic sleep is not clinically impaired in Vietnam combat veterans with chronic posttraumatic stress disorder. *Biol Psychiatry* 1998;44:1066-73.
38. Prinz PN, Vitiello MV. Sleep in Alzheimer's disease. In: Albaredo JL, Morley JE, Roth T et al (eds). *Sleep disorders and insomnia in the elderly. Facts and research in gerontology*, Vol. 7. Paris: Serdi, 1993:33-54.
39. Ishibashi M, Nakazawa Y, Yokoyama T et al. Cerebral atrophy and slow wave sleep of abstinent chronic alcoholics. *Drug Alcohol Depend* 1987;19:325-32.
40. Benca RM, Obermeyer WH, Thisted RA et al. Sleep and psychiatric disorders. A meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry* 1992;49:651-68.
41. Ganguli R, Reynolds CF, Kupfer DJ. Electroencephalographic sleep in young, never-medicated schizophrenics. *Arch Gen Psychiatry* 1987;44:36-44.
42. Giles DE, Jarret RB, Roffwarg HP et al. Reduced rapid eye movement latency. A predictor of recurrence in depression. *Neuropsychopharmacology* 1987;1:33-9.
43. Giles DE, Kupfer DJ, Rush AJ et al. Controlled comparison of electrophysiological sleep in families of probands with unipolar depression. *Am J Psychiatry* 1998;155:192-9.
44. Gillin JC, Smith TL, Irwin M et al. Increased pressure for rapid eye movement sleep at time of hospital admission predicts relapse in nondepressed patients with primary alcoholism at 3-month follow-up. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51:189-97.
45. Tanskanen A, Tuomilehto J, Viinamaki H et al. Nightmares as predictors of suicide. *Sleep* 2001;24:844-7.
46. Agargun MY, Kara H, Solmaz M. Subjective sleep quality and suicidality in patients with major depression. *J Psychiatr Res* 1997;31:377-81.
47. Agargun MY, Cilli AS, Kara H et al. Repetitive and frightening dreams and suicidal behavior in patients with major depression. *Compr Psychiatry* 1998;39:198-202.
48. Sabo E, Reynolds CF, Kupfer DJ et al. Sleep, depression, and suicide. *Psychiatry Res* 1991;36:265-77.
49. Koren D, Arnon I, Lavie P et al. Sleep complaints as early predictors of posttraumatic stress disorder: a 1-year prospective study of injured survivors of motor vehicle accidents. *Am J Psychiatry* 2002;159:855-7.
50. Mellman TA, Bustamante V, Fins AI et al. REM sleep and the early development of posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry* 2002;159:1696-701.
51. Bonnet MH, Arand DL. The consequences of a week of insomnia. *Sleep* 1996;19:453-61.
52. Vgontzas AN, Tsigos C, Bixler EO et al. Chronic insomnia and activity of the stress system: a preliminary study. *J Psychosom Res* 1998;45:21-31.
53. Richardson GS, Roth T. Future directions in the management of insomnia. *J Clin Psychiatry* 2001;62(Suppl. 10):39-45.
54. Heim C, Nemeroff CB. The impact of early adverse experiences on brain systems involved in the pathophysiology of anxiety and affective disorders. *Biol Psychiatry* 1999;46:1509-22.
55. Lopez JF, Akil H, Watson SJ. Neural circuits mediating stress. *Biol Psychiatry* 1999;46:1461-71.

# La enfermedad de Tomás: ¿epidemia o endemia mundial?

RICARDO GONZÁLEZ-MENÉNDEZ

Hospital Psiquiátrico de la Habana, Habana, Cuba

La afección, considerada una modalidad del *burn out*, se delimita cuando alcanza rango masivo e incorpora como manifestaciones diana la crisis de identidad profesional y una indiferencia crónica ante la asistencia, docencia e investigación, como acertadamente proponen Luis Gervas y Mariano Hernández, en su descripción (1).

En nuestra opinión, el ejercicio actual de la medicina a nivel mundial tiende peligrosamente a obstaculizar tanto las gratificaciones vocacionales como las de tipo socioeconómico. En los días que corren, nuestra praxis profesional se diferencia substancialmente de la del médico de familia de principios del pasado siglo, cuando junto al reforzamiento cotidiano de su vocación de servicio, alcanzaba un estatus altamente relevante como el del maestro, el sacerdote, el juez y el alcalde.

Después, la migración a las grandes ciudades; la centralización y especialización de los servicios médicos con el consecuente alejamiento del facultativo de sus usuarios; la tecnificación mal incorporada, y la desastrosa subvaloración de la relación médico-paciente-familia iniciaron un proceso deshumanizante en la más humana de las profesiones, que hace actualmente crisis a nivel mundial con la privatización y mercantilización de los servicios médicos, implícitas en la gestión de empresas monopolistas del tipo *managed care* y *health maintenance organizations*, que además del sacrilegio de limitar notablemente el imprescindible espectro de posibilidades y decisiones médicas –que deben ser patrimonio exclusivo de las normas científico técnicas y ético humanísticas del galeno–, enriquecen de forma galopante a sus dirigentes a expensas de la reducción del estatus socioeconómico del facultativo y de los obstáculos a su realización vocacional, frustrada por la compulsoria limitación del tiempo de consulta y hospitalización, medios diagnósticos, medicamentos imprescindibles e indicación de procedimientos quirúrgicos, psicoterapéuticos y rehabilitatorios. A estos factores objetivos, se suma la angustiada conciencia de ser asfixiado por un injusto sistema de servicios de salud que afecta en grado progresivamente trágico al médico y al usuario, mientras enriquece escandalosamente a sus directivos.

Y como colofón, las consecuencias de un ejercicio médico cada vez más sometido a la catastrófica y estresante exposición a los medios masivos de comunicación, frecuentemente carentes de ética, rebosantes de sensacionalismo y responsables en alto grado –junto al proliferante grupo de abogados «cazademandas»– del

creciente fenómeno de las reclamaciones por mala práctica, determinantes de la fatídica transformación de la relación médico-paciente en «relación médico-demandante potencial», donde la mirada acuciosa del enfermo, antes dirigida a escrutar su pronóstico, deviene observación crítica orientada a detectar posibles errores médicos, condición interpersonal nada facilitadora de la imprescindible compasión y disposición de ayuda ante el sufrimiento del paciente.

Estas frustrantes realidades son también consecuencia, en algunas latitudes, de una enseñanza profesional donde se tiende a enfatizar la información sobre la formación, la técnica sobre la compasión, la instrucción sobre la educación, la habilidad sobre la espiritualidad, y el «hacer» sobre el «estar».

Se egresan así médicos cada vez más actualizados pero menos sensibles, cada vez más técnicos pero menos involucrados, cada vez más entrenados pero menos disponibles, cada vez más equipados pero menos integrales, y cada vez más automatizados pero menos humanizados (2).

Consideramos que la enfermedad de Tomás es un certero indicador de la tragedia profesional mundial que se avizora, y no exageramos al plantear que si fracasamos en su enfrentamiento, el resultado final será, de una parte, la universalización de esta crisis de identidad en los médicos, que no tardaríamos en ser sustituidos por computadoras de última generación, y de la otra la masificación catastrófica de pacientes y familiares frustrados en su aspiración de ser atendidos por profesionales que respondan a sus expectativas científicas y ético humanísticas, con la alternativa de recurrir finalmente a los «conocimientos» y «orientaciones» cibernéticas, seguramente «más rentables» para las empresas privatizadoras, pero totalmente carentes de espiritualidad y absolutamente ajenas a la realidad de que en las relaciones profesionales con pacientes y familiares, lo afectivo es lo más efectivo.

## Bibliografía

1. Gervas J., Hernández Monsalve L.M. Tratamiento de la enfermedad de Tomás. Editorial en *Med Clin* 1989;93:572-575.
2. Kottow M. Introducción a la bioética. Santiago de Chile: Editorial Universitaria, 1995.

Este artículo ha sido publicado solamente en la edición en español.

## El Centro de Coordinación Formativa de la WPA

**ROGER MONTENEGRO**

*WPA Secretary for Education*

Las tareas principales del Centro de Coordinación Formativa (*Education Co-ordination Center*, ECC) de la WPA, bajo la supervisión de la Secretaría de formación, son facilitar la comunicación entre los distintos grupos componentes de la WPA a través del sitio web de la WPA y del Boletín electrónico de la WPA e implementar iniciativas de carácter formativo.

Por otra parte, el ECC ha desarrollado una gran actividad para la provisión de créditos de formación médica continuada (FMC) por parte de la WPA en diversas reuniones científicas de la WPA, incluyendo las siguientes: la Reunión conjunta llevada a cabo por la WPA en Chennai, India (enero de 2004); la reunión sobre psiquiatría y su contexto actual, realizada en New York, Estados Unidos (mayo de 2004); la Reunión conjunta realizada por la WPA en Kos, Grecia (mayo de 2004); la Reunión regional de la WPA celebrada en Lahore, Pakistán (septiembre de 2004); el Congreso Internacional de la WPA celebrado en Florencia, Italia (noviembre de 2004); la Conferencia conjunta de la WPA y el XXIII Congreso de la Asociación Psiquiátrica de

América Latina (APAL) en Punta del Este, Uruguay (noviembre de 2004); el Congreso Regional e Interseccional de la WPA celebrado en Atenas, Grecia (marzo 2005); la Reunión regional de la WPA que tuvo lugar en Mar del Plata, Argentina (marzo 2005); la Conferencia temática de la WPA celebrada en Valencia, España (junio de 2005), y el XIII Congreso Mundial de Psiquiatría que tuvo lugar en El Cairo, Egipto (septiembre de 2005).

Finalmente, el ECC ha tenido una gran implicación en el desarrollo del Atlas sobre Entrenamiento Psiquiátrico (*Atlas on Psychiatric Training*) elaborado conjuntamente por la WPA y por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Este proyecto conjunto ha sido considerado una iniciativa de carácter estratégico y se ha llevado a cabo mediante el uso de la estructura generada por el ECC para el mantenimiento de la conexión entre los distintos grupos que componen la WPA (Sociedades miembro, Representantes de zona, Secciones científicas, Red formativa, Red de consultoría). Ésta ha sido la primera vez en la que una organización no gubernamental internacional ha obtenido información sobre la formación en psiquiatría procedente de hasta 90 países. Los datos conseguidos serán publicados en un

informe elaborado de manera conjunta por la OMS y la WPA.

El ECC está actualizando continuamente el sitio web de la WPA (*WPA Online*). Las Secciones científicas nos informan de sus actividades más recientes; las Sociedades miembro remiten sus publicaciones y la información relativa a las iniciativas venideras; los miembros de la Red formativa de la WPA comparten sus aportaciones con otros componentes de la WPA; los miembros de la Red de consultoría de la WPA difunden los avances que realizan en su trabajo. Este flujo constante de información ha permitido que *WPA Online* sea hoy en día un sitio web que recibe más de 20.000 visitas mensuales (21.227 en marzo 2005, con un incremento del 52 % con respecto a las 13.923 visitas que recibió en marzo de 2004) de personas de todo el mundo. Este medio dinámico de comunicación, junto con el Boletín electrónico de la WPA que actúa como un tablón de anuncios, ha incrementado la participación de todos los componentes de la WPA en la vida de la asociación, aportándoles un sentimiento de pertenencia.

El funcionamiento detallado y eficaz del ECC ha hecho que éste se convierta en una herramienta de gran importancia para el reconocimiento de la WPA en todo el mundo.

## Premio Ginebra para los Derechos Humanos en Psiquiatría de 2005

**NORMAN SARTORIUS**

*President, Geneva Prize Foundation*

Tras la solicitud de candidaturas en 2004, el jurado del Premio Ginebra para los Derechos Humanos en Psiquiatría se reunió en la ciudad de Ginebra el 10 de enero de 2005 para evaluar las propuestas recibidas. El jurado estuvo presidido por Ruth Dreifuss, anterior Presidenta de la Confederación Helvética. Se consideró que todas las propuestas recibidas eran de excelente calidad, y el jurado elogió la gran calidad humana de sus promotores. El jurado recomendó el otorgamiento del premio de 2005 a Jorge Luis Pellegrini, de Argentina, que defendió los derechos humanos en psiquiatría a lo largo de toda su vida y que, además, fue víctima de la vio-

lación de estos derechos por parte de la dictadura militar argentina. Los miembros del Consejo de la Fundación aceptaron esta recomendación.

El Dr. Pellegrini participó en la promoción de la psiquiatría social y en la reforma de las instituciones psiquiátricas tradicionales inmediatamente después de que finalizó su formación médica. Sus actividades en favor de la escolarización de los niños con minusvalías, la integración social de las poblaciones indígenas de la Patagonia, el tratamiento y la rehabilitación de las personas con problemas relacionados con el alcohol, el desarrollo de la asistencia ambulatoria y la rehabilitación social de las personas con enfermedades mentales son iniciativas coherentes con un enfoque profesional de carácter innovador. La idea rectora de este compromiso por

parte del Dr. Pellegrini ha sido la capacitación de los pacientes y de sus familias, así como la lucha contra la discriminación de cualquier tipo y el diseño de programas para la formación e información de la sociedad general. Durante la dictadura militar argentina, el Dr. Pellegrini fue excluido de la universidad y posteriormente del hospital, antes de ser arrestado, encarcelado, liberado y vuelto a encarcelar. Durante estos años de persecución política, el Dr. Pellegrini mantuvo su compromiso social y también escribió un libro sobre una familia india mapuche que posteriormente se plasmó en una película que incrementó la toma de conciencia acerca de los derechos de la población india de Argentina.

Este premio, que se acompaña de una dotación económica de 20.000 francos suizos, ha sido entregado al Dr. Pellegrini du-

rante el XIII Congreso Mundial de Psiquiatría.

El jurado también destacó la trascendencia de otros tres programas, cada uno de ellos aplicado en un entorno cultural e institucional diferente, que también fueron considerados dignos de una distinción a causa del compromiso excepcional con el

reconocimiento de los derechos fundamentales de los pacientes psiquiátricos. Estos programas contribuyen a sensibilizar a la opinión pública frente a las posibilidades y las necesidades de las personas que sufren enfermedades mentales.

Estos programas son los siguientes: Grégoire Ahongbonon y la actividad de la As-

sociation St. Camille of Lellis, en Bouaké, Costa de Marfil; el «Marcela Programme», en Albania, y la Schizophrenia Research Foundation (SCARF), una organización no gubernamental establecida en Chennai, India. Hay más detalles acerca de estos programas en el sitio web de la Fundación del Premio Ginebra ([www.geneva-prize.ch](http://www.geneva-prize.ch)).

## Nuevos directivos de la WPA

Los nuevos directivos de la WPA, elegidos durante la Asamblea General que tuvo lugar en El Cairo el 12 de septiembre, son los siguientes:

### *Comité ejecutivo*

Presidente electo: Mario Maj (Italia)  
Secretario de Educación: Allan Tasman (Estados Unidos)  
Secretario de Publicaciones: Helen Herrman (Australia)  
Secretario de las Secciones: Miguel Jorge (Brasil)

### *Representantes de zona*

Zona 1 (Canadá): Julio Arboleda-Florez (Canadá)  
Zona 2 (Estados Unidos de América): Michelle Riba (Estados Unidos)  
Zona 3 (México, América Central y el Caribe): Enrique Camarena-Robles (México)  
Zona 4 (Parte norte de América del Sur): Edgard Belfort (Venezuela)  
Zona 5 (Parte sur de América del Sur): Roger Montenegro (Argentina)  
Zona 6 (Europa Occidental): Michel Botbol (Francia)  
Zona 7 (Europa del Norte): Marianne Kastrup (Dinamarca)  
Zona 8 (Europa del Sur): Levent Küey (Turquía)  
Zona 9 (Europa Central): Dusica Lecic-Tosevski (Serbia y Montenegro)  
Zona 10 (Europa Oriental): Armen Soghoyan (Armenia)  
Zona 11 (África del Norte): Tarek Okasha (Egipto)  
Zona 12 (Oriente Medio): Charles Baddoura (Libano)  
Zona 13 (África Occidental y Central): Oye Gureje (Nigeria)  
Zona 14 (África del Sur y Oriental): Fred Kigozi (Uganda)  
Zona 15 (Asia Occidental y Central): Haroon R. Chaudhry (Pakistán)  
Zona 16 (Asia del Sur): Jitendra K. Trivedi (India)  
Zona 17 (Asia Oriental): Naotaka Shinfuku (Japón)  
Zona 18 (Pacífico del Sur): Bruce Singh (Australia)

