

World Psychiatry

Edición en Español

REVISTA OFICIAL DE LA ASOCIACIÓN MUNDIAL DE PSIQUIATRÍA (WPA)

Volumen 4, Número 1



Abril 2006

EDITORIAL

- La WPA y la respuesta frente a los desastres: nuevas iniciativas políticas y acciones 1
J.E. MEZZICH

PERSPECTIVAS

- El desastre del Katrina y sus lecciones 3
L.E. DELISI

ARTÍCULOS ESPECIALES

- Prevención de los trastornos mentales y del comportamiento: implicaciones para la política sanitaria y la práctica clínica 5
S. SAXENA, E. JANÉ-LLOPIS, C. HOSMAN
- Tratamiento del trastorno límite de la personalidad: revisión de los abordajes psicoterapéuticos 15
M.H. STONE
- Desestigmatización en la vida cotidiana: lo que los países desarrollados pueden aprender de los países en vías de desarrollo 21
A. ROSEN

FORUM – CONSECUENCIAS DE LA GUERRA SOBRE LA SALUD MENTAL

- Consecuencias de la guerra sobre la salud mental: una breve revisión de los resultados de las investigaciones 25
R.S. MURTHY, R. LAKSHMINARAYANA

Comentarios

- La salud de la población como argumento frente a la guerra 31
S. GALEA, K. WORTMAN
- ¿Cómo impedir que una situación traumática se convierta en un desastre? 32
M. DE VRIES
- Consecuencias de la guerra sobre la salud mental: aspectos específicos del sexo 33
M.C. KASTRUP
- Generación de evidencia e inclusión de ésta en una política inteligente: necesidad de realizar investigaciones para elaborar normativas políticas de salud mental en la posguerra 34
B.D. STEIN, T.L. Tanielian
- El terrorismo y sus efectos sobre la salud mental 35
I. LEVAV

- La tragedia de la guerra 36
D. SOMASUNDARAM
- La guerra y los trastornos mentales en África 38
F.G. NJENGA, A.N. NGUTHI, R.N. KANG'ETHE

ARTÍCULOS DE INVESTIGACIÓN

- Primer episodio de psicosis y origen étnico: resultados iniciales del estudio AESOP 40
C. MORGAN, P. DAZZAN, K. MORGAN, P. JONES, G. HARRISON Y COLS.
- Orígenes genético y ambiental de la ansiedad respecto a la propia salud: un estudio efectuado sobre gemelos 47
S. TAYLOR, D.S. THORDARSON, K.L. JANG, G.J.G. ASMUNDSON
- Salud mental de los estudiantes universitarios de la Makerere University, Uganda 51
E. OVUGA, J. BOARDMAN, D. WASSERMAN

POLÍTICAS DE SALUD MENTAL

- Redenominación de la esquizofrenia: una perspectiva japonesa 53
M. SATO
- Desarrollo de la reforma psiquiátrica en Eslovenia 56
V. ŠVAB, U. GROLEGER, S. ZIHERL

CARTA AL DIRECTOR

58

NOTICIAS DE LA WPA

- XIII Congreso Mundial de Psiquiatría, El Cairo 2005: perspectivas desde la Secretaría 59
J. COX
- Declaración de El Cairo de la WPA 59
A. OKASHA
- Informe económico de la WPA 60
S. TYANO
- Declaración Internacional de Consenso sobre la Salud Mental de las Mujeres y Declaración de Consenso de la WPA sobre Violencia Interpersonal contra las Mujeres 61
D.E. STEWART
- Congreso Regional e Interseccional de la WPA «Avances en Psiquiatría» 64
A. OKASHA

World Psychiatry

Edición en Español

REVISTA OFICIAL DE LA ASOCIACIÓN MUNDIAL DE PSIQUIATRÍA (WPA)

Volumen 4, Número 1



Abril 2006

Traducción íntegra de la Edición Original

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

EDICIÓN ORIGINAL

Editor: M. Maj (Italy)

Associate Editor: H. Herrman (Australia)

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

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

EDICIÓN EN ESPAÑOL

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

Periodicidad: 3 números al año

Disponible en Internet: www.ArsXXI.com/WP

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

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



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.ª • 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: Gràfic-5, S.L. • Santiago Rusiñol 23 • 08031 Barcelona

Depósito Legal: B-34.071-2003

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

Reservados todos los derechos.

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

Traducido por Grupo Ars XXI de Comunicación, S.L., del original en lengua inglesa (Volumen 5, Número 1, 2006). 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 5, Number 1, 2006). 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 84, 1.ª 08008 Barcelona.

La WPA y la respuesta frente a los desastres: nuevas iniciativas políticas y acciones

JUAN E. MEZZICH

President, World Psychiatric Association

Tal como queda reflejado en todo este ejemplar, los desastres naturales de carácter masivo están adquiriendo una frecuencia cada vez mayor, afectando de manera directa a las personas que viven en muchas áreas del mundo y, de manera indirecta, a la humanidad en su conjunto. La WPA, que agrupa a 130 sociedades nacionales de Psiquiatría con un total de más de 180.000 psiquiatras y 64 secciones científicas, siente la responsabilidad de responder de manera solidaria frente a los problemas de las sociedades de Psiquiatría involucradas directamente en estas situaciones, así como frente al sufrimiento correspondiente de los distintos colegas y de la población a la que atienden.

Nuestra respuesta, fundamentada en los estatutos que nos rigen y en la experiencia y los recursos concretos que poseemos, se debe centrar en la ayuda a las sociedades miembro y a los grupos profesionales relacionados con la salud, con objeto de que sean capaces de cumplir con su responsabilidad de socorrer a las poblaciones y organizaciones locales, para que éstas puedan superar las consecuencias psicosociales de los desastres. A menudo, esta respuesta implica la adopción de iniciativas de carácter educativo, fundamentadas en una valoración adecuada de la situación, así como la realización de acciones de carácter sanitario que tengan en cuenta los factores culturales de los grupos afectados. Estas actividades se pueden llevar a cabo mediante la motivación de las sociedades miembro locales competentes y comprometidas, así como a través de la ayuda de carácter organizativo y económico prestada a los distintos grupos, de manera que sea posible la implementación de programas de valoración y acción en coordinación con las distintas iniciativas internacionales, incluyendo las que adopta la Organización Mundial de la Salud (OMS).

ESTRUCTURAS DE LA WPA INVOLUCRADAS

El trabajo de la WPA en respuesta a los desastres se está efectuando a través de las siguientes estructuras de la WPA:

- El Comité ejecutivo de la WPA, que tiene a su cargo la formulación de los planteamientos políticos y las tareas de vigilancia y seguimiento.
- El Institutional Program on Disasters and Mental Health, presidido por G. Christodoulou (Gracia), responsable de la coordinación operativa general.
- La Sección científica de desastres, presidida por M. Benyakar (Argentina), que coordina el desarrollo de recursos de carácter académico. Otra contribución relevante a los materiales de carácter académico es la que llevan a cabo las Secciones de Países en vías de desarrollo, de Psiquiatría de urgencia, de Psiquiatría rural y de Salud mental de la mujer, entre otras.
- Los equipos de trabajo locales (como los representantes de zona, las sociedades miembro y otros grupos locales), responsables de la valoración de la situación básica y de la elaboración de protocolos sólidos y bien presupuestados. En el momento actual, estos equipos de trabajo son los siguientes: a) el WPA South Asian Tsunami Task Force, presidido por P. Deva (Malasia); b) el WPA Inter-Sectional Task Force on Katrina and related North American

Hurricanes, presidido por J. McIntyre (Estados Unidos), y c) el WPA Task Force on the Kashmir Earthquake, presidido por H. Chaudhry (Pakistán) y copresidido por J.K. Trivedi (India).

Las actividades de los grupos y organismos centrales y locales señalados serán supervisadas por la presidencia de la WPA. Además, H. Herrman (Australia) (secretario de publicaciones de la WPA) ofrecerá la ayuda necesaria tanto al Institutional Program como a los equipos de trabajo locales, especialmente a los existentes en la Región IV de la WPA (Asia/Australasia).

FONDO ECONÓMICO DE LA WPA PARA AYUDA EN LOS DESASTRES

Una estructura fundamental en la implementación de las líneas políticas que se acaban de señalar es el WPA Disasters Fund. Este fondo económico fue establecido originalmente por el Comité ejecutivo 2002-2005 a través de la asignación de 50.000 dólares estadounidenses extraídos del fondo central; esta cantidad fue utilizada para la planificación de la reunión que tuvo lugar en El Cairo, para el desarrollo de un paquete de medidas operativas por parte de la Sección de desastres de la WPA y para la realización de programas de formación tanto en Sri Lanka como en Indonesia.

El nuevo Comité ejecutivo acordó recientemente adelantar 10.000 dólares estadounidenses al WPA Task Force on the Kashmir Earthquake para facilitar la realización y la documentación de una valoración inicial de las necesidades formativas psicosociales relacionadas con el desastre y para la elaboración de protocolos sólidos relativos a proyectos específicos.

El nuevo plan también contempla las donaciones al Fondo de desastres, por parte de las sociedades miembro de la WPA y por parte de diversas fundaciones y empresas. Estos fondos económicos se utilizarán, ante desastres futuros, para cubrir una serie de asignaciones rápidas que permitan la valoración inicial de la situación, así como para la creación de protocolos de mayor magnitud bien diseñados.

MANOS A LA OBRA EN AGRA

El 3 de diciembre de 2005 tuvo lugar una reunión de campo con los directivos centrales y locales de la WPA relacionados con las situaciones de desastres, en el contexto de la International Conference of the South Asian Association for Regional Cooperation (SAARC), en Agra, India. En esta reunión se revisaron las nuevas iniciativas políticas de la WPA y se efectuó la planificación de la respuesta a los desastres, haciendo hincapié en la necesidad de establecer una comunicación previa con los gobiernos, con la OMS y con las sociedades miembro, siempre que se produzca un desastre (preparación), y elaborar una respuesta frente al desastre. También se propuso la constitución de secciones nacionales sobre desastres en el contexto de las sociedades miembro, que estarían relacionadas con la Sección de Desastres de la WPA, así como la creación de una base de datos en la que quede recogida

toda la información relacionada con: expertos y directivos con experiencia en desastres, recursos y distintas experiencias; esta base de datos se mantendría alojada en el sitio web de la WPA.

A través de una evaluación preliminar realizada por el South Asian Tsunami Task Force, se documentaron las limitaciones de las respuestas psicosociales de carácter global, junto al papel clave que desempeñan los psiquiatras tanto en la asistencia inmediata como en las iniciativas de rehabilitación. Se señaló que los fondos asignados por la WPA para la implementación de programas de formación en Sri Lanka e Indonesia fueron aprovechados adecuadamente. Se acordó realizar una evaluación más detallada de las respuestas psicosociales a los desastres (actualmente en proceso).

Con respecto al Task Force on the Kashmir Earthquake, se propuso que en este grupo de trabajo participaran como miembros los presidentes de las Sociedades de Psiquiatría Paquistaní e India, en la actualidad A. Malik y S. Nambi, así como A. Javed, U. Niaz y los copresidentes H. Chaudhry y J.K. Trivedi. Un Comité consultivo permitirá la participación de los demás representantes de zona de la WPA y del resto de las sociedades miembro de la Región IV.

CONCLUSIÓN

Cuando tiene lugar un desastre importante, se producen a menudo consecuencias de enorme magnitud sobre la salud mental tanto de los individuos como de las comunidades; el mundo cada vez más pequeño en el que vivimos debe unirse frente a ello, y la WPA tiene que desempeñar una función importante dentro de ese conjunto. Las nuevas directrices políticas y los planes relativos a la respuesta frente a los desastres que se recogen en esta reseña reflejan el compromiso de la WPA para que todas sus estructuras (Comité ejecutivo, Programa institucional, secciones, representantes de zona y sociedades miembro) ofrezcan una respuesta eficaz frente a los retos a los que nos enfrentamos, potenciando al mismo tiempo nuestra capacidad de aprender a través de estas experiencias. En el futuro se adoptarán nuevas medidas y programas para afrontar las consecuencias de los desastres.

World Psychiatry 2006; 4:1-2

El desastre del Katrina y sus lecciones

LYNN E. DELISI

Department of Psychiatry, New York University, 650 First Avenue, New York, NY 10016, USA

Por su propia naturaleza, los desastres son acontecimientos inesperados que dan lugar a una crisis de gran envergadura en las sociedades organizadas. A pesar de los protocolos de intervención preparados con anticipación, la naturaleza de los desastres genera diversas disfunciones nuevas y pone de manifiesto otras situaciones de disfunción que ya existían previamente al desastre en los distintos gobiernos locales y nacionales afectados.

Recientemente, los huracanes que han asolado la costa sur de Estados Unidos –con la posterior inundación de Nueva Orleans– están empezando a ser reconocidos como un problema en el que es necesaria una intervención de salud mental de gran envergadura. Lo que ocurrió en esta zona, así como la respuesta gubernamental frente a ello, fue similar a lo que ocurre en los países del Tercer mundo, aunque –de manera sorprendente– todo ello tuvo lugar en uno de los países más desarrollados y ricos del mundo.

Lo sucedido en Nueva Orleans constituye un buen ejemplo de la respuesta general frente a los desastres. Al tiempo que la mayor parte del país se preparaba para el final de las vacaciones de verano, Nueva Orleans estaba llevando a cabo un programa de evacuación de toda la ciudad antes de que el huracán previsto por los servicios meteorológicos, denominado Katrina, se desplazara a través del Golfo de México y alcanzara tierra. Algunas personas optaron por dejar sus coches, y fueron evacuadas a un gran centro de congresos o al pabellón deportivo Superdome. Otras decidieron escapar en automóvil a través de monumentales atascos de tráfico que duraron horas, buscando alejarse del recorrido del huracán. Finalmente, otras acudieron a un aeropuerto completamente repleto para intentar volar hacia ciudades más seguras. Cuando cedieron los vientos huracanados, algunas personas volvieron a casa y otras se sintieron aliviadas al considerar que su decisión de permanecer en casa había sido correcta. No obstante, al cabo de unas pocas horas se rompió uno de los diques de contención de agua existentes en uno de los canales laterales del río Mississippi, produciéndose una terrible inundación de las tierras situadas por debajo del nivel del canal de agua. Las viviendas se inundaron hasta los tejados y pueblos enteros quedaron cubiertos por el agua. Las personas que no subieron con la rapidez suficiente a sus áticos al ascender el nivel de agua perecieron ahogadas por la inundación. Otras personas fallecieron debido a que no pudieron nadar a consecuencia de las corrientes profundas o a que tuvieron que permanecer varios días sobre un tejado, sin recibir ayuda. Mientras que el mundo contemplaba las noticias de este desastre en la televisión, el rescate se llevaba a cabo de manera lenta, y los espectadores televisivos carecían de los medios para responder a las personas que eran entrevistadas y que suplían la provisión de ayuda, así como a los médicos que atendían a las personas tanto en el centro de congresos como en las calles y que señalaban que era necesaria una ayuda masiva, quejándose de que hasta el momento había llegado muy poco socorro. En el centro de congresos y en el pabellón Superdome había un hacinamiento terrible y no se realizó la provisión de cantidades suficientes de agua potable ni de alimento. La Cruz Roja estableció refugios, pero no fue suficiente. La Federal Emergency Management Agency (FEMA) lentamente tomó conciencia de que las respuestas que se estaban ofreciendo no eran suficientes. El gobierno de Nueva Orleans, a pesar de haber establecido un centro operativo en la sala de baile de un hotel del centro de la ciudad, mostró

una actuación básicamente disfuncional y una falta de comunicación con las autoridades tanto estatales como federales. Todo el mundo acusaba a los demás y competía por hacerlo mejor que los otros. Entretanto, las personas seguían sin recibir agua ni alimento y falleciendo en los tejados.

Una proporción muy importante de supervivientes perdió su hogar debido a que, una vez que se retiraron las aguas, éste había quedado reducido a escombros o cubierto de lodo en su interior. Todas las pertenencias de las personas quedaron destruidas. Las agencias de seguros comenzaron a acudir a Nueva Orleans para minimizar sus responsabilidades económicas, dejando en una situación de gran vulnerabilidad a muchos propietarios de viviendas. La FEMA se comprometió en público a conseguir lo que en privado sabía que no podía ofrecer. A pesar de que se dijo que se remitirían cheques por correo para el pago de las facturas, realmente no existía el servicio de correos. Además, todavía se seguían emitiendo facturas de electricidad y teléfono, aunque estos servicios no habían sido restablecidos o los hogares a los que correspondían ya no existían. Aunque de manera lenta, la FEMA encontró un alojamiento temporal para la mayor parte de las personas y ayudó económicamente a otras muchas para iniciar una reconstrucción al menos parcial.

Todo el sistema sanitario de la ciudad quedó destruido. Los hospitales se cerraron. Los pacientes no podían encontrar a sus médicos debido a que los consultorios estaban cerrados y a que muchos de los médicos también habían perdido su hogar. Se destruyeron puestos de trabajo sanitarios y los empresarios de la sanidad perdieron a los trabajadores, incluso en los casos en que los servicios podrían haber seguido funcionando. Las historias clínicas desaparecieron entre los escombros y la inundación, y muchos pacientes que acudieron a las distintas consultas de campaña que se organizaron sólo conocían el color de las pastillas que estaban tomando, pero no recordaban el fármaco. Las farmacias estaban cerradas, y las que reabrieron debieron eliminar todos los productos almacenados, debido a que habían quedado arruinados por el calor. Los nuevos suministros, por su parte, tardaban en llegar. Tampoco estaban disponibles los laboratorios para la realización de análisis de sangre, y no había medios de transporte para enviar las muestras a otras ciudades.

Aparte de las víctimas y de los supervivientes, es necesario mencionar a las personas y los grupos que ofrecieron la primera respuesta de ayuda. La policía y los bomberos, así como los ciudadanos que rescataron a los supervivientes y que durante semanas colaboraron en el rescate de los cuerpos de las personas fallecidas en sus hogares inundados, necesitaron realmente un fuerte apoyo. Algunas de estas personas en situación extrema no fueron atendidas y se suicidaron. Muchas de las personas que ofrecieron la primera respuesta de ayuda eran también víctimas, debido a que habían perdido sus hogares y sus familias. Todos ellos fueron alojados en buques anclados en el puerto y en hoteles que no habían sufrido daños, pero la mayor parte de ellos había perdido todas sus pertenencias.

Una vez que los supervivientes obtuvieron alimento, agua, ropa y refugio temporal, comenzaron a aparecer los síntomas de insomnio, ansiedad, angustia y depresión. Al igual que los ciudadanos de Nueva Orleans, las personas que ofrecieron la primera respuesta de ayuda frente al desastre (tanto los ciudadanos locales como las personas que acudieron desde otras zonas alejadas),

así como las personas afectadas de manera indirecta por los reportajes televisivos diarios, sufrieron continuamente cuadros de llanto vinculados con recuerdos de la catástrofe.

La mayor parte de lo que se acaba de describir guarda semejanza con lo observado en innumerables respuestas a desastres naturales o provocados por el hombre, y muestra la desorganización de los que ocupan los puestos de decisión y la competencia entre las organizaciones de ayuda. Dos meses después del desastre, cuando ya se habían solucionado las necesidades básicas de la mayor parte de las víctimas, comenzaron a aflorar las cuestiones relativas a la salud mental.

La nueva especialidad de Psiquiatría de los desastres ha ganado recientemente un amplio reconocimiento, tras los ataques terroristas del 11 de septiembre de 2001 a Nueva York y Washington.

Sin embargo, en Nueva Orleans, al igual que ocurre en muchos países en vías de desarrollo, el apoyo religioso constituyó un elemento clave, que ofreció esperanza y paz a las víctimas. En Nueva Orleans había muy pocos profesionales de la salud mental formados específicamente en la elección de abordajes terapéuticos basados en la evidencia, aceptados en la actualidad.

Es necesaria la formación respecto a la necesidad del tratamiento precoz y a la identificación de las personas más vulnerables a sufrir consecuencias psiquiátricas graves, a fin de poder establecer directrices apropiadas, eliminando los tratamientos de carácter popular con conocidos efectos perjudiciales o que no hayan sido adecuadamente evaluados.

World Psychiatry 2006; 4: 3-4

Prevención de los trastornos mentales y del comportamiento: implicaciones para la política sanitaria y la práctica clínica

SHEKHAR SAXENA¹, EVA JANÉ-LLOPIS², CLEMENS HOSMAN³

¹Department of Mental Health and Substance Abuse, World Health Organization, Geneva, Switzerland

²Mental Health Programme, Regional Office for Europe, World Health Organization, Copenhagen, Denmark

³Department of Clinical Psychology, Radboud University Nijmegen; Department of Health Education and Health Promotion, University of Maastricht, The Netherlands

Existen actualmente suficientes pruebas que demuestran la eficacia de las intervenciones dirigidas hacia la reducción de los factores de riesgo y hacia la potenciación de los factores de protección, con el objetivo de prevenir los síntomas psiquiátricos y la aparición de nuevos casos de trastornos mentales. Las intervenciones macropolíticas para mejorar la nutrición, la vivienda y la educación, así como las dirigidas hacia la reducción de la inseguridad económica, han permitido disminuir la incidencia de los problemas de salud mental. También se ha demostrado que incrementan el bienestar mental y reducen los síntomas de depresión y el inicio de trastornos de depresión las intervenciones específicas dirigidas hacia la potenciación de la capacidad de resistencia de los niños y los adolescentes a través de intervenciones tempranas dirigidas al logro de una crianza adecuada por parte de sus padres, así como los programas dirigidos hacia los niños con riesgo de padecimiento de trastornos mentales, como los que tienen un progenitor que sufre una enfermedad mental o los que han perdido a sus padres o han sufrido situaciones de desintegración familiar. Las intervenciones dirigidas hacia los adultos a través de estrategias macropolíticas (como los impuestos sobre las bebidas alcohólicas o la legislación en el ámbito laboral), con el objetivo de apoyar a las personas que muestran signos de trastorno mental, también pueden reducir los problemas de salud mental y las consecuencias sociales y económicas que éstos conllevan. También se ha demostrado que el ejercicio físico, el apoyo social y la participación comunitaria son medidas que mejoran la salud mental en las personas de edad avanzada. El sistema público de salud mental se beneficiará a partir de la obtención de evidencias, mediante la aplicación de diferentes métodos de evaluación en los países de recursos bajos, intermedios y altos. La traducción de estas evidencias en medidas políticas y en medidas de práctica clínica requiere la adopción de iniciativas en los ámbitos internacional, nacional y local, como el estímulo a la capacitación, los programas de información, el direccionamiento de la salud mental hacia el ámbito de la salud pública, el fortalecimiento de las infraestructuras y el desarrollo de la responsabilidad comunitario, a fin de que los programas puedan sostenerse. Los profesionales de la salud mental desempeñan una función importante en la mejora de la evidencia relativa a las medidas de prevención y promoción de la salud mental, en la motivación de las partes implicadas en el desarrollo de programas adecuados y, como profesionales sanitarios, en la implementación clínica práctica de todo ello.

Palabras clave: prevención, promoción, salud mental, evidencia, eficacia de la intervención

El potencial y las posibilidades de la prevención de los trastornos mentales y de la conducta han mostrado un incremento considerable durante los últimos años. Este artículo proporciona una revisión breve del lugar que ocupa la prevención en las estrategias globales de salud pública dirigidas hacia los trastornos mentales y de la conducta; se resume la evidencia actual relativa a las intervenciones preventivas genéricas, y se ofrece una serie de sugerencias sobre la forma en que estas intervenciones pueden formar parte de las políticas sanitarias y de la práctica. El lector que desee más información puede encontrarla en dos publicaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1, 2).

Las intervenciones preventivas de carácter universal, selectivo e indicado están incluidas en el concepto de prevención primaria. El objetivo de la prevención universal es el conjunto de la sociedad general o todo un grupo de población que no es identificado en función de un incremento del riesgo. La prevención selectiva se dirige hacia los individuos o subgrupos de la población cuyo riesgo de sufrir un trastorno mental es significativamente mayor al de la media, tal como se demuestra por la existencia de diversos factores de riesgo biológicos, psicológicos o sociales. La prevención indicada se aplica sobre personas de riesgo elevado en las que se identifican signos o síntomas mínimos pero detectables que anuncian la aparición de un trastorno mental, o marcadores biológicos indicativos de la predisposición a un trastorno mental, sin cumplir en ese momento los criterios diagnósticos de dicho trastorno.

La prevención secundaria persigue la disminución de la incidencia de casos establecidos del trastorno o la enfermedad en la población (prevalencia) a través de las medidas de detección y tratamiento precoces de las enfermedades diagnosticables. La prevención terciaria comprende las intervenciones que reducen la discapacidad, potencian la rehabilitación y previenen las recidivas y recurrencias de la enfermedad. Este artículo está centrado fundamentalmente en la prevención primaria de las enfermedades mentales.

La distinción entre el concepto de promoción de la salud mental y el concepto de prevención de los trastornos mentales está fundamentada en los objetivos hacia los que se dirigen ambas iniciativas.

La promoción de la salud mental persigue la potenciación de una salud mental positiva mediante el incremento del bienestar psicológico, la competencia y la resiliencia, así como a través de la creación de condiciones de vida y entornos que faciliten estos elementos. La prevención de la enfermedad mental tiene como objetivo la reducción de los síntomas y, en última instancia, de la incidencia de las enfermedades mentales. Utiliza estrategias de promoción de la salud mental como uno de los medios para alcanzar estos objetivos. Aunque se dirige fundamentalmente hacia la potenciación de una salud mental positiva en la comunidad, la promoción de la salud mental también puede producir, como resultado secundario, la disminución de la incidencia de los trastornos mentales. La salud mental positiva es un potente factor de protección frente a la enfermedad mental. Sin embargo, los trastornos mentales y la salud mental positiva no deben ser considerados como los extremos opuestos de una escala lineal sino más bien como dos componentes interrelacionados de un único concepto de salud mental (3). Los elementos de prevención y promoción están presentes a menudo en los mismos programas y estrategias, implican la realización de actividades similares, y dan lugar a resultados diferentes pero complementarios.

GENERACIÓN DE LA BASE DE EVIDENCIA PARA LA PREVENCIÓN DE LOS TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO

La iniciativa para la prevención y la promoción de la salud basadas en la evidencia ha originado un debate internacional en el que participan investigadores, clínicos, defensores de la promoción de la salud y responsables de políticas sanitarias (4-12). Parafraseando la definición de medicina basada en la evidencia establecida por Sackett y cols. (13), el concepto de prevención y promoción de la salud basadas en la evidencia se define como el «uso consciente, explícito y razonable de la evidencia actual más sólida para la toma de decisiones respecto a las intervenciones sobre individuos, grupos o poblaciones, para obtener los mejores resultados posibles en

la actualidad respecto a la reducción de la incidencia de las enfermedades, y para conseguir que las personas puedan mejorar su salud e incrementar el control que ejercen sobre ella». La evidencia obtenida a través de estudios de investigación de carácter sistemático tiene el objetivo de evitar la incertidumbre en las decisiones, originada por la falta de información, así como las decisiones adoptadas en función de las suposiciones sesgadas, todo lo cual podría dar lugar a un despilfarro de tiempo y de recursos o a la inversión de éstos en intervenciones que producen resultados perjudiciales.

Con respecto al proceso de toma de decisiones, el uso de la evidencia científica es especialmente importante en los casos en los que las consecuencias de una decisión son de gran magnitud, tal como ocurre en el caso de la selección de un nuevo programa de prevención para su implementación en el ámbito nacional. Dados los elevados costes y la presión existente para la racionalización del gasto del dinero público, este tipo de decisiones debe estar basado en evidencias sólidas que demuestren que el programa funciona y que se produce una amortización de la inversión. Para ello, también es clave el uso de la evidencia respecto a la rentabilidad económica de las distintas intervenciones concretas.

Al estimar el valor de la evidencia científica, es necesario tener en cuenta varias dimensiones distintas. En primer lugar, la evidencia debe ser evaluada en términos de su calidad, definida ésta por la idoneidad de los métodos de investigación utilizados para evitar la realización de observaciones sesgadas y el establecimiento de conclusiones erróneas. En varios metaanálisis se ha detectado un efecto de mayor envergadura en los estudios en los que se utilizan diseños de investigación considerados de calidad alta (5, 14, 15). En segundo lugar, también debe ser idóneo el valor de los resultados en sí mismos, incluyendo la solidez y el tipo de los efectos. En tercer lugar, es necesario evaluar el valor de la evidencia científica en términos de su uso real y en términos del impacto que tiene sobre el proceso de toma de decisiones. Finalmente, el valor de la evidencia debe ser combinado con otros indicadores que también son esenciales al considerar la difusión o la adopción de programas de prevención, por ejemplo, la posibilidad de transferencia, aplicación y adaptación de los programas a otras situaciones o culturas (16, 17).

Al evaluar la calidad de la evidencia, uno de los temas más controvertidos es el de los ensayos clínicos efectuados con asignación aleatoria y control (ECAC). Se ha debatido mucho si deben ser considerados como el mejor diseño para garantizar la validez interna en las intervenciones complejas. A pesar de que los ECAC son utilizados en las investigaciones sobre la prevención, y de que su potencia es generalmente reconocida, muchos de los científicos expertos en este campo han expresado objeciones importantes a la aceptación de este diseño como el único diseño de referencia (6, 12, 18-23). Los ECAC están diseñados para evaluar las influencias de carácter causal en los individuos mediante la aplicación de intervenciones monocomponente, en un contexto estrechamente controlado; por lo tanto, son apropiados principalmente para la evaluación de las intervenciones clínicas o preventivas en los ámbitos individual y familiar. Muchas intervenciones de carácter preventivo se llevan a cabo en contextos como colegios, empresas, comunidades o grupos de población. En estas intervenciones se utilizan programas multicomponente en un ámbito comunitario dinámico, en el que es difícil controlar numerosos factores del contexto. El diseño ECAC estricto no es apropiado para esta situación y, para adaptarlo al contexto de las intervenciones comunitarias se deben efectuar procesos de asignación aleatoria a ámbitos de mayor tamaño, como las clases escolares, los colegios completos o las comunidades. No obstante, la viabilidad de estos diseños comunitarios con asignación aleatoria está limitada, debido a razones de tipo práctico, político, económico y ético. Así, en los casos en los que las objeciones de carácter ético impiden la aplicación del proceso de asignación aleatoria, otras alternativas útiles pueden ser los estudios con

diseño semiexperimental y técnicas de equiparación, que permitan la comparación entre los grupos experimental y de control, así como los diseños de serie cronológica.

La generación de una base de evidencia requiere un abordaje gradual y progresivo, aplicando métodos distintos según la información que sea necesaria para la toma de una decisión concreta. El intercambio internacional de evidencias a través de bases de datos compartidas es esencial para el desarrollo de una sólida base de datos de evidencias, que contemple el impacto de los distintos factores culturales.

CONSIDERACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO Y DE LOS FACTORES DE PROTECCIÓN

Los factores de riesgo se asocian a un incremento en la probabilidad de inicio de problemas importantes de salud, así como a una gravedad y duración mayores de estos problemas. Los factores de protección son los aspectos que mejoran la resistencia de las personas frente a los factores de riesgo y frente a las propias enfermedades; han sido definidos como los factores que modifican, alivian o alteran la respuesta de una persona frente a los diversos riesgos ambientales que predisponen a un resultado de desajuste (24).

Existe una evidencia sólida referida a los factores de riesgo y de protección, así como a la vinculación de éstos con el desarrollo de los trastornos mentales (25, 26). Los factores de riesgo y de protección pueden ser de índole individual, familiar, social, económica o ambiental. Es principalmente el efecto acumulado de la presencia de múltiples factores de riesgo, la inexistencia de factores de protección y la interrelación entre las situaciones de riesgo y de protección, lo que predispone a los individuos a recorrer, progresivamente, el camino desde una situación de salud mental hacia un incremento de la vulnerabilidad, un problema mental y, finalmente, el padecimiento de un trastorno mental verdadero.

Los principales determinantes socioeconómicos y ambientales de salud mental están relacionados con diversas cuestiones macroeconómicas, como la pobreza, la guerra y la injusticia. Por ejemplo, las personas pobres viven a menudo careciendo de derechos básicos referidos a la seguridad y a la posibilidad de acción y de selección, derechos que las personas de situación socioeconómica elevada dan por sentados. En las personas de baja situación socioeconómica, la satisfacción de las necesidades de alimento, vivienda, instrucción y salud se realiza de un modo insuficiente o inadecuado; las distintas formas de privación hacen que estas personas no puedan llevar la vida que todo el mundo considera adecuada (27). Los grupos de población que viven en circunstancias socioeconómicas bajas muestran un aumento en el riesgo de presentar dificultades relativas a la salud mental, de padecer depresión y de lograr un bajo grado de bienestar subjetivo (28). También se ha demostrado que otros factores macroeconómicos, como la vivienda, la guerra y los desplazamientos de masas, la discriminación racial y la inestabilidad económica, se relacionan con el aumento de los síntomas psiquiátricos y en la morbilidad psiquiátrica.

Los factores de riesgo y los factores protectores (tanto individuales como familiares) pueden ser de tipo biológico, emocional, cognitivo, conductual, interpersonal o familiar. Pueden influir con mayor intensidad sobre la salud mental durante períodos de tiempo específicos a lo largo de la vida de las personas e incluso pueden afectar a generaciones sucesivas. En la tabla 1 se enumeran los principales factores que, según se ha demostrado, están relacionados con el inicio de los trastornos mentales.

Las intervenciones preventivas deben abordar los determinantes de carácter maleable o modificable; éstos pueden ser factores de riesgo y factores de protección específicos de una enfermedad o factores más genéricos, que son comunes a diversos problemas y trastornos de salud mental. Las intervenciones que permitan abordar con éxito estos factores genéricos pueden

Tabla 1. Factores de riesgo y factores de protección relativos a la salud mental y a los trastornos mentales

Factores de riesgo	Factores de protección
<i>Biológicos</i>	<i>Psicológicos</i>
Complicaciones perinatales	Autoestima
Desequilibrios neuroquímicos	Autonomía
Dolor crónico	Capacidad de adaptación
Embarazo prematuro	Capacidad de control social y de control de los conflictos
Enfermedades médicas	Capacidad de solución de problemas
Factores genéticos de riesgo	Capacidad para encarar la adversidad
Insomnio crónico	Capacidad para superar el estrés
Peso corporal bajo al nacer	Comportamiento social positivo
<i>Psicológicos</i>	Conocimiento de la lectura y la escritura
Alteraciones de la comunicación	Control del estrés
Déficit de atención	Desarrollo socioemocional
Dificultades de lectura	Estimulación cognitiva temprana
Discapacidades sensoriales o problemas orgánicos	Habilidad para encarar la vida
Falta de competencia social	Realización de ejercicio físico
Fracaso escolar y desmoralización en el colegio	Relaciones positivas y vínculos tempranos
Habilidades y hábitos laborales poco desarrollados	Sentimientos de control y dominio
Inmadurez y descontrol emocionales	Sentimientos de seguridad
Soledad	<i>Sociales</i>
Uso excesivo de sustancias	Apoyo social de la familia y los amigos
<i>Sociales</i>	Comportamiento materno seguro durante el embarazo
Abuso de ancianos	Crianza adecuada por parte de los padres
Abuso de sustancias por parte de los padres	Interacciones padres-hijo positivas
Abuso y abandono infantiles	Pertenencia a comunidades seguras y solidarias
Acontecimientos vitales estresantes	Promoción de la salud mental en el colegio y en el lugar de trabajo
Conflictos familiares o desorganización familiar	
Exposición a la agresión, la violencia y los traumatismos	
Necesidad de cuidar a pacientes con enfermedades crónicas o demencia	
Padecimiento de enfermedad mental por parte de los padres	
Pérdida de personas queridas, duelo	
Pertenencia a una clase social baja	
Uso de sustancias durante el embarazo	

generar una amplia gama de efectos preventivos. Existe también una interrelación entre la salud mental y la salud física: por ejemplo, la enfermedad cardiovascular puede causar depresión, y viceversa. La salud mental y la salud física también pueden estar relacionadas a través de factores de riesgo comunes (p. ej., las deficiencias en materia de vivienda), que pueden deteriorar tanto la salud mental como la salud física.

Es necesario un conocimiento mucho más detallado de las relaciones existentes entre los diferentes trastornos mentales y de las relaciones entre salud mental y salud física. Asimismo, es necesario aumentar la comprensión de los mecanismos de desarrollo de los factores de riesgo genéricos y específicos que dan lugar a la salud mental o a la enfermedad mental. No obstante, hay suficiente evidencia para justificar las inversiones públicas y privadas dirigidas hacia el desarrollo, la difusión y la implementación de las políticas y programas basados en la evidencia. Las formas de intervención que abordan los factores de riesgo y de protección con mayor impacto o que son comunes a una amplia gama de problemas relacionados, especialmente los de tipo social y económico, son las que muestran una mayor rentabilidad económica; también son las más atractivas tanto para los sectores o individuos que toman las decisiones políticas como para los implicados en las intervenciones.

EVIDENCIA CORRESPONDIENTE A LAS MACROESTRATEGIAS DIRIGIDAS HACIA LA REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ENFERMEDADES MENTALES

Los cambios en la política, la legislación y la asignación de recursos pueden ofrecer a los distintos países y regiones una mejora sustancial en la salud mental de la población. Además de reducir el riesgo de trastornos mentales y mejorar la salud mental, estas formas de intervención también tienen un impacto positivo sobre la salud global y sobre el desarrollo social y económico de las sociedades.

Hay pruebas sólidas de que al mejorar las condiciones de nutrición y desarrollo de los niños pertenecientes a grupos en desfavorable situación socioeconómica se facilita un desarrollo cognitivo saludable, mejoran los resultados educativos y se reduce el riesgo de padecer enfermedades mentales, especialmente en el caso de niños en riesgo o que viven en comunidades con un nivel de pobreza elevado. Los modelos de intervención más eficaces son los que contemplan la nutrición adecuada junto con el control del crecimiento y la promoción de salud. Estos modelos combinan las intervenciones de tipo nutricional (como la provisión de complementos alimentarios con medidas de orientación y la asistencia psicosocial (p. ej., una enseñanza atenta y cariñosa) (29). También se ha sugerido que el uso de las gráficas de crecimiento (en las que se relaciona el peso corporal real del niño con el peso corporal esperado según su edad) es una medida económicamente rentable (30). Por otra parte, el yodo desempeña una función clave en la prevención del retraso mental y físico, así como en la prevención de las alteraciones en la capacidad de aprendizaje (30). Los programas de prevención con yodo complementario, a través de la aplicación de este elemento en la sal o el agua de bebida, garantizan que los niños tengan acceso a cantidades adecuadas de yodo. Diversas iniciativas de carácter mundial, como la que ha llevado a cabo el United Nations Children's Fund (UNICEF), han permitido que en el 70 % de los hogares del mundo se utilice sal yodada. Esta medida impide que 91 millones de recién nacidos sufran deficiencias de yodo (31) y previene de manera indirecta la aparición de los problemas de la salud mental y física relacionados con dichas deficiencias.

Se ha considerado que la inadecuación de la vivienda es un indicador de la pobreza, y la mejora en las condiciones de vivienda ha constituido uno de los objetivos para mejorar la salud pública y reducir las desigualdades de salud. En una revisión sistemática publicada recientemente relativa a los efectos de la mejora de la vivienda sobre la salud se señala la existencia de un significativo impacto sobre la salud física y mental. Se informó una mejoría, señalada por los propios individuos, en la salud física y mental, así como la disminución del estrés mental; además, también se observó un impacto social positivo más amplio sobre factores como la percepción de la seguridad pública, la disminución de los delitos y la participación de los individuos tanto en la sociedad como en la comunidad (32).

Los bajos índices de alfabetización y los bajos niveles de formación son problemas sociales importantes en muchos países, especialmente en los del sur de Asia y en los de África Subsahariana; además, estos problemas tienden a afectar con mayor intensidad a las mujeres. La falta de instrucción limita gravemente las posibilidades de los individuos para acceder a los medios económicos. A pesar de que en la mayor parte de los países se han efectuado considerables avances en el aumento de los índices de alfabetización a través de la aplicación de programas educativos cada vez mejores dirigidos hacia los niños, el esfuerzo realizado hacia la población adulta analfabeta ha sido mucho menor. Se considera que los programas dirigidos hacia la eliminación del analfabetismo (especialmente en la población adulta) pueden dar lugar a efectos beneficios tangibles en relación con la disminución del estrés psicológico y con la promoción de la salud mental. Por ejemplo, en estudios etnográficos efectuados en India se ha observado que los programas de alfabetización producen significa-

tivos efectos, además de la adquisición de habilidades específicas (33). Al juntar a las mujeres en grupos sociales nuevos que les ofrecen información e ideas respecto al mundo en el que viven, las clases de alfabetización actúan como un catalizador potencial del cambio social. A través de la participación como profesoras voluntarias en distintas campañas, las mujeres pobres que saben leer y escribir experimentan una sensación de orgullo, de autoestima y de utilidad. El impacto positivo sobre la salud mental de estas personas es mediado a través de diversos mecanismos, como la adquisición de habilidades numéricas (que disminuye el riesgo de ser engañado), la mayor confianza en la expresión de los propios derechos y la reducción de las barreras a las oportunidades de acceso. Todos estos factores han sido asociados a la protección frente a los problemas mentales y a la reducción del riesgo de padecimiento de trastornos mentales.

En muchos países en vías de desarrollo, la inseguridad económica constituye una fuente constante de estrés y preocupación, que puede dar lugar a síntomas de depresión y de otros trastornos mentales, así como al suicidio. Diversas organizaciones no gubernamentales, como el Bangladesh Rural Advancement Committee (BRAC), han desarrollado programas dirigidos hacia el alivio de la pobreza que, además de ofrecer préstamos y brindar facilidades de crédito, se apoyan en la igualdad entre los sexos y procuran la satisfacción de los derechos humanos básicos: asistencia sanitaria, nutrición y instrucción. El ofrecimiento de préstamos por parte de estas organizaciones puede reducir el riesgo de padecimiento de una enfermedad mental al eliminar una causa importante de estrés: la amenaza que representa el prestamista tradicional. La evaluación de los programas BRAC para el alivio de la pobreza, que se aplican a millones de las personas más pobres de Bangladesh, demuestra que el bienestar psicológico de las mujeres que participan en estos programas BRAC es mayor que el de las mujeres que no participan en ellos (34).

Muchas intervenciones de carácter comunitario están centradas en el desarrollo de procesos de capacitación y en la generación de un sentimiento de propiedad y responsabilidad social en los miembros de la comunidad. Un ejemplo de ello es el programa Communities that Care (CTC), que se ha implementado con buenos resultados en varios cientos de comunidades estadounidenses y que actualmente se está empezando a aplicar en Holanda, Inglaterra, Escocia, Gales y Australia. El programa CTC ayuda a las comunidades a implementar sistemas de prevención de la violencia y la agresión a través del uso de datos de carácter local que permiten identificar los riesgos y desarrollar las acciones pertinentes (35). La acción propuesta incluye una serie de intervenciones que actúan de manera simultánea en diversos ámbitos: la comunidad (p. ej., los cambios en los medios de comunicación o la política), el sistema educativo (p. ej., los cambios en la administración de los colegios o en las prácticas de enseñanza), la familia (p. ej., la formación de los padres) y el individuo (p. ej., la competencia social).

Las formas de intervención de carácter normativo o legislativo que han sido eficaces frente a los problemas de adicción a sustancias y que pueden ser aplicados en diferentes ámbitos –internacional, nacional, regional o local– son: los impuestos, las restricciones relativas a la disponibilidad de las sustancias y las prohibiciones totales de cualquier forma de publicidad directa o indirecta (36).

El precio es uno de los determinantes principales del consumo de alcohol y de tabaco. Un incremento de los impuestos al tabaco que aumente el precio de los cigarrillos en un 10 % reduce en aproximadamente un 5 % el consumo de cigarrillos en los países de recursos elevados, y en alrededor de un 8 % el consumo en los países de recursos bajos o intermedios. De la misma manera, el aumento del 10 % en el precio del alcohol puede reducir el consumo a largo plazo de esta sustancia en aproximadamente un 7 % en los países de recursos elevados y (aunque los datos son limitados) en alrededor de un 10 % en los países de recursos bajos (36). Por otra parte, el incremento de los impuestos sobre el alcohol

reduce la incidencia y la prevalencia de los cuadros de hepatopatía alcohólica, de los accidentes de tráfico y de otros perjuicios intencionados y no intencionados, como los que tienen lugar en el contexto de la violencia familiar y los impactos negativos sobre la salud mental debidos al consumo del alcohol.

La legislación que incrementa la edad mínima legal para el consumo de bebidas alcohólicas reduce las ventas de alcohol y los problemas en los bebedores jóvenes. La reducción de los lugares de expendio de alcohol y de las horas y días de venta, junto con el incremento de las restricciones en el acceso al alcohol, se acompañan de una disminución tanto del consumo de alcohol como de los problemas relacionados con esta sustancia.

EVIDENCIA RELATIVA A LAS INTERVENCIONES DIRIGIDAS HACIA LA REDUCCIÓN DE LOS FACTORES ESTRESANTES Y HACIA LA PROMOCIÓN DE LA RESISTENCIA

El abordaje de los grupos de población vulnerables para disminuir los factores estresantes e incrementar la resistencia de los individuos puede ser eficaz para la prevención de los trastornos mentales y del comportamiento, así como para la promoción de la salud mental. En los apartados siguientes se ofrecen las pruebas de ello a lo largo de las distintas etapas de la vida de los individuos.

Lactancia, niñez y adolescencia

La evidencia obtenida a través de entrevistas domiciliarias a mujeres embarazadas o que acaban de tener un hijo, en las que se han abordado factores como el consumo de cigarrillos por parte de la madre, la inexistencia de apoyo social, el grado de habilidad de los padres en la crianza de los hijos y las interacciones tempranas entre el niño y los padres, ha demostrado que estas intervenciones tempranas producen efectos de enorme significación en el contexto de la salud pública, pues no sólo reducen los problemas de salud mental, sino también las consecuencias sociales y económicas asociadas a ellos (37). Entre los principales efectos positivos obtenidos en el área de la salud se menciona el aumento del bienestar mental de las madres y los recién nacidos, el menor uso de los servicios de salud y, a largo plazo, una reducción de las conductas problemáticas a partir de los 15 años de edad. Por lo tanto, estas intervenciones también son económicamente rentables cuando se tienen en cuenta los resultados a largo plazo.

El Prenatal and Infancy Home Visiting Programme (38, 39) es un programa de 2 años de duración de visitas domiciliarias realizadas por profesionales de enfermería a adolescentes pobres y embarazadas por primera vez, y representa un ejemplo de los efectos beneficiosos que se pueden conseguir, tanto en las madres como en los recién nacidos, con este tipo de intervenciones tempranas. A través de diversos ECAC se ha demostrado una reducción de los casos de recién nacidos con peso bajo (incrementos de hasta 400 g), una disminución del 75 % en la incidencia de parto prematuro, una reducción superior al 50 % en las visitas a los servicios de urgencia y una disminución significativa en los cuadros de malos tratos infantiles por parte de adolescentes sin pareja. Se observó un aumento del 82 % en los índices de empleo de las madres, y pospusieron la segunda gestación en más de 12 meses. Cuando los niños alcanzaron los 15 años de edad, la probabilidad de tener problemas con el alcohol o las drogas era un 56 % menor; asimismo, se constató una disminución del 56 % en los arrestos policiales, del 81 % en las condenas judiciales y del 63 % en el número de parejas sexuales. Las familias alcanzaron una mejor situación económica y los costes públicos de la ayuda prestada a estas familias quedaron más que compensados por los costes evitados a través del programa (38-41). Sin embargo, no todos los programas de visita

domiciliaria por parte de profesionales de enfermería o asistentes sociales han sido eficaces (42), lo que subraya la necesidad de identificar los factores predictivos de la eficacia de la intervención.

Las intervenciones efectuadas sobre los niños pertenecientes a familias pobres con objeto de potenciar su actividad cognitiva y sus habilidades lingüísticas han dado lugar a un incremento del desarrollo cognitivo, a un mejor rendimiento escolar y a la disminución de los problemas de la conducta. Por ejemplo, en el High/Scope Perry Preschool Project se obtuvieron buenos resultados en los jóvenes de hasta 19 y 27 años en cuanto a las detenciones policiales a lo largo de la vida (reducción del 40 %), con un retorno económico siete veces mayor que la inversión de dinero público en el programa (43, 44).

Los programas formativos dirigidos hacia los padres también han dado lugar a efectos preventivos significativos. Un ejemplo de ello es el programa «The Incredible Years», cuyas intervenciones apuntan a la modificación o estimulación de determinados comportamientos: el objetivo es incrementar las interacciones positivas entre los niños y los padres, alentar en los niños la actividad social positiva y los comportamientos que afronten la solución de los problemas, y reducir los problemas de conducta tanto en el hogar como en el colegio. En este programa se utilizan métodos de demostración a través de cintas de vídeo y consta de módulos dirigidos a los padres, los profesores de los colegios y los niños (45, 46).

En cuanto a la prevención o la reducción de malos tratos, sólo se ha demostrado cierta eficacia para dos tipos de estrategia de anticipación: los programas de visita domiciliaria dirigidos a madres de alto riesgo y los programas de autodefensa dirigidos hacia los niños en edad escolar con el objetivo de prevenir el abuso sexual (47). Los programas de visita domiciliaria, como el Prenatal and Infancy Home Visiting Programme, ya comentado, demuestran que durante los primeros 2 años tiene lugar una disminución del 80 % en los casos de malos tratos o negligencia infantil verificados. Los programas de autodefensa proporcionan a los niños las habilidades y los conocimientos necesarios para impedir su propia victimización. Estos programas se aplican en los colegios y se han implementado de manera genérica en las escuelas de primaria de Estados Unidos. En ensayos clínicos realizados con control se ha demostrado que los niños mejoran tanto en sus conocimientos como en sus habilidades (48). Sin embargo, hasta el momento no se ha podido demostrar que estos programas reduzcan la tasa de cuadros de malos tratos infantiles.

Los niños cuyos padres sufren alguna enfermedad mental (p. ej., los hijos de padres con depresión) muestran un riesgo de hasta el 50 % de sufrir un trastorno de depresión antes de los 20 años de edad (49). La evidencia existente indica que la transferencia transgeneracional de los trastornos mentales es el resultado de las interacciones entre factores de riesgo genéticos, biológicos, psicológicos y sociales, ya desde el embarazo y la lactancia (50). Las intervenciones dirigidas hacia la prevención de la transferencia transgeneracional abordan los factores de riesgo y los factores protectores, tales como el conocimiento de la enfermedad por parte de la familia, la resistencia psicosocial de los niños, las interacciones familiares y entre padres e hijos, el estigma y el apoyo ofrecido por la red social. Los ECAC realizados para evaluar los resultados de estos programas son todavía escasos, aunque hasta el momento los resultados son prometedores; por ejemplo, en uno de estos estudios se aplicó un programa de grupo con orientación cognitiva y se demostró una disminución en los episodios de depresión nuevos y recurrentes: al cabo del primer año de la intervención, el 25 % de los miembros del grupo de control presentó episodios de depresión, mientras que en el grupo al que se aplicó la prevención dicho porcentaje fue del 8 %; al cabo del segundo año de seguimiento, los valores fueron del 31 y 21 %, respectivamente (51).

Los programas escolares fundamentados en el aprendizaje social-emocional y en las intervenciones de carácter ecológico mejoran también la salud mental (52). Algunas de estas formas de intervención abordan todo el transcurso de la escolaridad a través

de un enfoque integrado que se aplica durante varios años, mientras que otras formas de intervención sólo se dirigen hacia una parte del desarrollo escolar (p. ej., los niños de un curso específico) o hacia un grupo específico de estudiantes considerados en riesgo. La evaluación de los resultados mostró un incremento del rendimiento académico, de la capacidad de solución de problemas y de la competencia social, y una reducción de los problemas relacionados con la internalización y la externalización, tales como los síntomas de depresión o ansiedad, las provocaciones, el uso de sustancias y los comportamientos agresivos y de delincuencia.

Las intervenciones de carácter ecológico abordan las variables contextuales en el hogar y el colegio del niño. Los programas dirigidos hacia la reestructuración del entorno escolar (p. ej., el School Transitional Environment Project) (53) o hacia la modificación del clima emocional existente en las clases escolares (p. ej., el Good Behavior Game) (54) o en el clima correspondiente a todo el colegio (p. ej., el Norwegian Bullying Prevention Programme) (55) han mejorado el funcionamiento emocional y conductual y han reducido o evitado los síntomas y los resultados negativos asociados a ellos.

Los adolescentes cuyos padres están divorciados muestran mayores índices de fracaso escolar, embarazo adolescente y problemas de externalización e internalización, así como un riesgo mayor de divorcio y de mortalidad prematura. Los programas escolares eficaces dirigidos hacia los niños de padres divorciados (p. ej., el Children's Support Group, Children of Divorce Intervention Programme) persiguen la enseñanza de habilidades cognitivo-conductuales de superación específicas, la provisión de apoyo social y la reducción de la estigmatización, y han dado lugar a una disminución de los síntomas de depresión y de los problemas de comportamiento al cabo de un año de seguimiento (56-58). Los programas centrados en los padres, en los que se intenta mejorar su capacidad de crianza de los hijos y en los que se contemplan las emociones asociadas a las situaciones de divorcio, han mejorado la calidad de las relaciones madre-hijo y han reducido en los niños los problemas de internalización y externalización. En un estudio efectuado con asignación aleatoria y con seguimiento durante 6 años se demostró una diferencia en la prevalencia de los trastornos mentales, de manera que la prevalencia de trastornos mentales diagnosticados al cabo de un año en los adolescentes del grupo experimental fue del 11 %, en comparación con el 23,5 % en los adolescentes del grupo de control (59).

El fallecimiento de los padres está relacionado con un mayor índice de síntomas de ansiedad y depresión, incluyendo la depresión clínica, los problemas de la conducta y el fracaso escolar. A pesar de que se han propuesto numerosas intervenciones dirigidas hacia los niños que sufren la pérdida de sus padres, sólo algunas de ellas ha sido evaluadas en ensayos clínicos realizados con control (58). Un ejemplo adecuado de ello es la intervención dirigida simultáneamente hacia los niños, los adolescentes y los cuidadores supervivientes. La evaluación de este tipo de intervención mostró los siguientes resultados: relaciones positivas entre los padres y los hijos, adecuados mecanismos de superación, bienestar mental de los cuidadores, aceptación de la disciplina, expresión de sentimientos compartidos (60). Los efectos observados han sido más intensos incluso en los niños con un riesgo mayor, es decir, en los niños que ya presentaban síntomas cuando se inició la aplicación del programa.

Adultos

El estrés laboral y la falta de trabajo pueden contribuir al deterioro de la salud mental y al incremento en la incidencia de depresión, ansiedad, síndrome de desgaste profesional (*burn-out*), problemas relacionados con el alcohol, enfermedades vasculares y comportamiento suicida.

Para reducir el estrés laboral, las intervenciones se pueden dirigir hacia el incremento de la capacidad de superación del trabajador o hacia la disminución de los factores estresantes del entorno laboral. Hay tres tipos de estrategias para abordar las condiciones laborales: las intervenciones técnicas y de tarea (p. ej., el enriquecimiento del trabajo, las mejoras ergonómicas, la disminución del ruido, la reducción de la carga de trabajo), la mejora en la definición de los roles y en las relaciones sociales (p. ej., la comunicación y la resolución de conflictos) y las intervenciones que persiguen cambios múltiples dirigidos tanto al trabajo como al trabajador. A pesar de la existencia de una legislación nacional e internacional relativa al entorno psicosocial laboral, en la que se hace hincapié en la evaluación y el control de los riesgos, la mayor parte de los programas persigue la reducción de la evaluación cognitiva de determinados factores como estresantes, y la reducción de los efectos posteriores, más que la reducción o eliminación de los factores estresantes en sí mismos (61).

Las intervenciones de carácter universal mejor conocidas en respuesta a la pérdida del trabajo y al desempleo son las normativas legales relativas al seguro de desempleo y a las prestaciones de la seguridad social, así como las directrices políticas dirigidas hacia el aumento de la estabilidad laboral. La disponibilidad de estas intervenciones presenta grandes variaciones entre los distintos países del mundo. Se han introducido diversas estrategias políticas de carácter laboral para reducir el riesgo de pérdida del empleo, como la coparticipación en las responsabilidades del trabajo, la normativa relativa a la estabilidad laboral, los recortes salariales y la disminución de las horas de trabajo. En el momento presente no hay evidencia empírica respecto al potencial de estas medidas para la protección de la salud mental de los trabajadores, a pesar de que su capacidad para disminuir el estrés relacionado con la pérdida del trabajo es obvia.

Algunas de las intervenciones de este tipo se dirigen hacia el apoyo de los trabajadores desempleados para que puedan conseguir un empleo remunerado, tal como el programa Job Club y el programa JOBS (61). Estos programas de escasa complejidad y de bajo coste económico combinan las habilidades de búsqueda de empleo con la potenciación de la motivación, las habilidades de superación y el apoyo social. El programa JOBS ha sido evaluado y reproducido en ensayos clínicos efectuados a gran escala en Estados Unidos (62-64) y en Finlandia (65), y se observó un incremento de las tasas de reanudación de la actividad laboral, mayor calidad y remuneración en los empleos obtenidos, aumento de la autoeficacia en la búsqueda de trabajo y reducción de la depresión y de las dificultades mentales.

Los cuidadores de las personas que sufren enfermedades crónicas y de los ancianos muestran un aumento en el riesgo de sufrir alto grado de estrés y una incidencia mayor de depresión. Los resultados obtenidos en una amplia gama de estudios de intervención efectuados con control acerca de las intervenciones de carácter psicoeducativo aplicadas sobre los familiares que cuidan a adultos de edad avanzada han demostrado una mejora significativa en la carga que soportan los cuidadores, en la incidencia de depresión, en su bienestar subjetivo y en el grado de satisfacción percibido por el propio cuidador (66). Las intervenciones de carácter psicoeducativo consisten en la provisión de información sobre la enfermedad que padece la persona que recibe los cuidados y sobre los recursos y servicios existentes, así como la formación necesaria para responder de manera eficaz frente a los problemas específicos de la enfermedad de la persona atendida por el cuidador. Estas intervenciones se realizan a través de conferencias, sesiones del grupo y provisión de materiales por escrito.

Ancianos

Hay diferentes tipos de intervenciones que pueden dar lugar a grados distintos de buenos resultados respecto a la mejora de

la salud mental de los ancianos, como el ejercicio físico, el fortalecimiento del apoyo social a través de la amistad, la educación de los pacientes de edad avanzada que sufren enfermedades crónicas y de sus cuidadores, la detección precoz, las intervenciones realizadas en el contexto de la atención primaria y el uso de técnicas de revisión de vida. Los programas dirigidos hacia la prevención del traumatismo craneoencefálico, de la hipertensión arterial y de la elevación de las concentraciones de colesterol también parecen ser eficaces para reducir el riesgo de demencia.

Por ejemplo, el ejercicio físico (del tipo aeróbico o Tai chi) induce efectos beneficiosos tanto físicos como psicológicos en las personas de edad avanzada, como satisfacción vital, estado de ánimo positivo y bienestar mental, reducción de las dificultades psicológicas y de los síntomas de depresión, disminución de la presión arterial y reducción de la incidencia de caídas (67).

Hay otras formas de intervención que, aunque han dado lugar a resultados prometedores, requieren la realización de estudios para su validación: por ejemplo, la detección geriátrica temprana y el abordaje de pacientes (incluyendo la provisión de servicios sociales) como método para disminuir la depresión e incrementar el grado de satisfacción vital (68).

A pesar de que la depresión es frecuente entre los ancianos, casi no se han efectuado estudios con control respecto a la prevención de la depresión y el suicidio en este grupo de edad. Hay algunos datos que indican el fortalecimiento de las relaciones sociales y la disminución de los síntomas de depresión en los participantes en programas en los que se potencia el apoyo hacia mujeres viudas por parte de otras viudas. Hay además datos preliminares que también indican que las reuniones de revisión de vida y la terapia de reminiscencia pueden reducir el riesgo de depresión en los ancianos, especialmente entre los atendidos en centros de la tercera edad (69), aunque estos efectos beneficiosos parecen desaparecer con el tiempo, lo que indica la necesidad de un apoyo continuado.

La depresión también es frecuente en las personas que sufren enfermedades médicas crónicas o estresantes, aunque sólo hay unos pocos ejemplos de intervenciones efectivas en esta área. Las técnicas de educación de los pacientes que proporcionan información respecto al pronóstico y al tratamiento, a fin de afrontar más satisfactoriamente las enfermedades crónicas, han dado lugar a efectos beneficiosos a corto plazo, tales como la reducción de los síntomas de depresión (70). La provisión de audífonos a los ancianos con pérdida auditiva también puede beneficiar la actividad social, emocional y cognitiva de estas personas, y dar como resultado menores índices de depresión (71).

DE LA EVIDENCIA A LA POLÍTICA SANITARIA Y A LA PRÁCTICA CLÍNICA

La evidencia que se ha obtenido a lo largo de los últimos decenios y que se ha resumido brevemente en este artículo demuestra que es posible reducir el riesgo de problemas de salud mental y prevenir la aparición de trastornos mentales. Por lo tanto, el aspecto clave es facilitar la aplicación de esta evidencia en la política sanitaria y en la práctica clínica. En este apartado se describen brevemente algunos de los pasos y factores que pueden facilitar las iniciativas internacionales, nacionales y locales dirigidas hacia la prevención de los trastornos mentales y del comportamiento.

Iniciativas internacionales

Es necesaria una iniciativa de carácter mundial para potenciar la toma de conciencia y la credibilidad de los programas de pre-

vención en el campo de la salud mental. La evidencia y la información disponibles deben ser difundidas de manera amplia tanto a los responsables de las políticas públicas como a la población general. Los conocimientos y recursos actuales relativos a la prevención de las enfermedades mentales y a la promoción de la salud mental están distribuidos de manera desigual en todo el mundo. Son necesarias iniciativas internacionales para apoyar a los países que todavía carecen de la capacidad y la experiencia necesarias en este campo. Las iniciativas internacionales de formación se deben llevar a cabo en colaboración con los organismos internacionales que ya poseen la capacidad y la experiencia necesarias para implementar estas iniciativas, especialmente en los países de recursos intermedios y bajos.

Es necesario ampliar la capacidad de investigación acerca de la prevención, especialmente a través de la colaboración internacional, con objeto de reforzar la base de conocimientos ya existente. Para ello, se debe desarrollar una red de centros de investigación que colaboren entre sí y que respondan a las necesidades de los países de recursos bajos, intermedios y altos. Es necesario que los investigadores tengan en cuenta especialmente: los estudios multicéntricos y de validación relativos al grado de sensibilidad cultural de los distintos programas y directrices políticas; los estudios con diseño longitudinal para evaluar el impacto a largo plazo de las intervenciones de carácter preventivo; la investigación de la relación existente entre los problemas de salud mental, salud física y salud social; los estudios de rentabilidad económica para identificar las estrategias más eficaces y para definir el valor de la prevención, más allá de sus efectos beneficiosos sobre la salud mental, y los estudios para identificar el efecto de los factores predictivos en el aumento de la eficacia.

Iniciativas nacionales

Los organismos gubernamentales deben desarrollar programas nacionales y regionales que aborden la prevención de los trastornos mentales y la promoción de la salud mental, como parte de las políticas de salud pública, y en consonancia con los abordajes existentes para el tratamiento y la rehabilitación. Las estrategias de salud pública deben estar coordinadas con las establecidas por otros sectores públicos: medio ambiente, vivienda, bienestar social, trabajo y empleo, educación, justicia penal y protección de los derechos humanos. Los gobiernos deben promover la coordinación nacional de las distintas iniciativas, prácticas y profesiones, con el objetivo de un uso más eficaz de los recursos.

Los gobiernos deben desarrollar también infraestructuras nacionales y locales para que la prevención y la promoción de la salud sean abordadas coordinadamente, dentro de los programas de salud pública y de los programas de otros sectores públicos. Los gobiernos y las compañías de seguros sanitarios deben asignar los recursos apropiados para la implementación de las estrategias basadas en la evidencia –tales como el estímulo a la capacitación a través de múltiples sectores, con responsabilidades asignadas; la formación en financiación económica, la educación, la implementación y las investigaciones de evaluación– y estimular la coordinación de los diferentes sectores relacionados con la salud mental.

Los elevados índices de comorbilidad entre los trastornos psiquiátricos y las enfermedades físicas obligan a la aplicación de estrategias de prevención integradas en los niveles asistenciales primario y secundario. Por ello, es necesario contar con estrategias de apoyo a la prevención en los niveles asistenciales primario y secundario; también es imprescindible garantizar una formación adecuada y asignar mayores recursos.

Para mantener los efectos beneficiosos sobre la salud pública durante un período de tiempo prolongado, es clave desarrollar la

responsabilidad comunitaria, pues de este modo se contribuye a que los programas de los organismos de salud puedan sostenerse. Las autoridades gubernamentales y los proveedores deben seleccionar programas e iniciativas políticas que puedan aplicarse utilizando las infraestructuras y los recursos ya existentes. Los componentes de la promoción y de la prevención de la salud mental se deben integrar estructuralmente en los programas de promoción de la salud ya existentes y que han demostrado ser eficaces, así como en las normas sociales aplicadas en los colegios, los puestos de trabajo y las comunidades.

Iniciativas locales

Las iniciativas de prevención deben estar fundamentadas en una valoración sistemática de las necesidades públicas de salud mental. Con objeto de potenciar el impacto de las intervenciones de prevención sobre la salud mental de la población general, es necesario desarrollar intervenciones que puedan llegar a amplios sectores de la población. Los especialistas en el desarrollo de programas y los profesionales que aplican dichos programas deben estar guiados por principios y situaciones, basados en la evidencia, que puedan incrementar la eficacia y la rentabilidad económica, mejorar simultáneamente la salud mental y la salud física y facilitar los efectos beneficiosos sociales y económicos.

Los proveedores de los servicios deben realizar las necesarias modificaciones y adaptaciones a los programas, especialmente cuando los programas basados en la evidencia se toman de otros países o culturas, y también cuando son implementados en comunidades que son diferentes de las comunidades en las que fueron desarrollados y evaluados originalmente dichos programas. Además de las modificaciones debidas a los factores culturales, las adaptaciones tienen que estar guiadas por los principios de la intervención e implementación eficaces. Es necesario obtener más información acerca de las posibilidades de transferencia de los programas, de las oportunidades para la adaptación y reforma de los programas basados en la evidencia y de las iniciativas políticas en los distintos países y culturas.

Es imprescindible que tanto los clínicos como los responsables de la implementación de los programas garanticen una aplicación de alta calidad y utilicen las herramientas necesarias para facilitar la implementación fiel de los programas, como los manuales para la provisión del programa, las directrices para la implementación eficaz, la formación y la supervisión.

ROLES Y RESPONSABILIDADES DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD MENTAL

Los profesionales de la salud mental –psiquiatras, psicólogos, profesionales de enfermería psiquiátrica, asistentes sociales y otros profesionales con formación específica en salud mental– pueden y deben desempeñar diversos roles para conseguir que la prevención de la enfermedad mental y de los trastornos de la conducta sea una realidad. Estos roles se pueden resumir brevemente de la manera siguiente.

Como informadores

Los profesionales de la salud mental ocupan un lugar idóneo para potenciar la toma de conciencia y la información relativa a la prevención por parte de los responsables de las políticas públicas, de otros profesionales y de la población general, con el objetivo de crear un ambiente que facilite la aplicación de las estrategias de prevención. En la actualidad, se considera que los trastornos mentales, por lo general, no tienen una causa recono-

cible y, por lo tanto, no es posible prevenirlos. Para que desaparezcan estos mitos es necesario difundir de manera general la información correcta respecto a las causas conocidas de las enfermedades mentales y a los métodos que permiten disminuir su incidencia y mejorar su evolución.

Como asesores técnicos para el desarrollo de programas de prevención

Debido a sus conocimientos básicos, los profesionales de la salud mental deben asesorar a los planificadores de salud y a los que desarrollan programas acerca de las posibilidades de inicio de las intervenciones de prevención o de integración de los componentes de la salud mental en programas ya existentes. Las posibilidades de este rol son enormes, debido a que en la mayor parte de los países y comunidades ya existen programas de salud pública y sociales que pueden facilitar la prevención de los trastornos mentales. Incluso en las situaciones en las que no se considera necesario ningún cambio, es útil tomar conciencia acerca del impacto de un programa en la prevención de los trastornos mentales, para reforzar la necesidad del mantenimiento o la ampliación de dicho programa.

Como líderes o colaboradores en los programas de prevención

En muchos casos, los profesionales de la salud mental deben adoptar un rol activo en el inicio de los programas de prevención. Este rol puede ser el de responsable del programa o el de colaborador activo, especialmente en el caso de los programas intersectoriales. Algunos de los programas de prevención más eficaces han sido iniciados por profesionales de la salud mental a través de una colaboración estrecha con otros profesionales.

Como investigadores

Los profesionales de la salud mental deben afrontar el desafío de realizar nuevas investigaciones sobre prevención de los trastornos mentales. Las investigaciones sobre salud mental representan una proporción de las investigaciones globales sobre salud mucho menor que la que correspondería en función del problema planteado por las enfermedades mentales; este tipo de investigaciones es incluso más infrecuente en los países de recursos intermedios y bajos (72-74). Las investigaciones relativas a la prevención en salud mental son escasas incluso en el contexto de las investigaciones sobre salud mental. Los profesionales de la salud mental y los investigadores deben corregir este desequilibrio para crear una base de evidencia más sólida, especialmente en los países de recursos medios y bajos. Se observa que la base de evidencia es especialmente insuficiente cuando se desea implementar en la realidad los resultados de las investigaciones, una brecha que se puede eliminar mediante la integración de un componente de evaluación sistemática en los programas de prevención ya existentes. Con objeto de solventar el problema planteado por la escasez de financiación, las propuestas de carácter innovador (específicamente, las de naturaleza intersectorial y dirigidas hacia la obtención de resultados múltiples) pueden generar un aumento del interés por parte de los posibles organismos de financiación.

Como profesionales sanitarios

Los profesionales de la salud mental establecen un contacto estrecho con las personas que sufren trastornos mentales y con

sus familias. Las oportunidades existentes para la prevención primaria en estos contextos son enormes. Las personas que sufren uno o más trastornos mentales (en fase activa o en fase de remisión) tienen más posibilidades de sufrir otro trastorno mental. La posibilidad de realizar intervenciones preventivas en estas personas no suele ser tenida en cuenta, aunque estén atendidas por profesionales de la salud mental. Son ejemplos de ello la prevención de la depresión en las personas con trastornos relacionados con sustancias o la prevención de los trastornos emocionales en los niños que sufren un trastorno del desarrollo específico.

Los profesionales de la salud mental pueden también realizar intervenciones preventivas dirigidas a los familiares de los pacientes. Los abordajes preventivos en los niños cuyos padres sufren un trastorno mental diagnosticado y que, por lo tanto, se encuentran en una situación de elevado riesgo, pueden ser muy eficaces pero, por desgracia, no se aplican con demasiada frecuencia. Los profesionales de la salud mental deben equilibrar su rol de profesionales sanitarios que atienden y tratan a sus pacientes, con el rol de prevención de las necesidades asistenciales futuras en las familias de éstos.

CONCLUSIONES

La prevención de los trastornos mentales constituye una prioridad de salud pública. A la vista del considerable y creciente problema representado por los trastornos mentales y de la conducta, y teniendo en cuenta las limitaciones de su tratamiento, el único método sostenible para reducir dicho problema es la prevención. Las ciencias sociales y biológicas han ofrecido información abundante acerca del papel que desempeñan los factores de riesgo y de protección en los mecanismos de desarrollo de los trastornos mentales y en el deterioro de la salud mental. Muchos de estos factores son susceptibles de modificación y representan objetivos potenciales para la aplicación de estrategias de prevención y de promoción. Hay una amplia gama de iniciativas políticas y de estrategias basadas en la evidencia para la implementación de programas que permitan prevenir los trastornos mentales y del comportamiento, además de las actuaciones dirigidas de manera específica hacia trastornos concretos. Se ha demostrado que las estrategias preventivas reducen los factores de riesgo, refuerzan los factores de protección, disminuyen los síntomas psiquiátricos y reducen el inicio de algunos trastornos mentales; además, estas estrategias también contribuyen a una mejora de la salud mental y física, lo cual, a su vez, genera efectos beneficiosos, tanto sociales como económicos.

A pesar de que hay evidencia suficiente para justificar su implementación, son necesarios estudios adicionales para seguir ampliando el espectro de las intervenciones preventivas eficaces, para mejorar su eficacia y rentabilidad económica en los distintos contextos, y para seguir reforzando la base de evidencia. Para ello es necesario un proceso de evaluación repetida de los programas y las iniciativas políticas, así como de su implementación, a través de la realización de estudios de investigación adicionales realizados con control.

Los profesionales de la salud mental desempeñan roles importantes en el campo de la prevención. Entre ellos, los de informadores, asesores técnicos, líderes de programa, investigadores y profesionales asistenciales. Todos estos roles son complejos, pero pueden dar lugar a la asunción de responsabilidades muy gratificantes. No obstante, para conseguir resultados a gran escala es necesaria la inversión de los recursos humanos y económicos suficientes. Se debe asignar el apoyo económico necesario para la implementación de los programas e iniciativas de prevención basados en la evidencia y para el desarrollo de las infra-

estructuras necesarias. Además, es necesaria la inversión para realizar capacitación y entrenamiento en el ámbito nacional, a fin de formar una fuerza de trabajo constituida por profesionales adecuadamente preparados. La mayor parte de las inversiones necesarias para ello debe proceder de los gobiernos, debido a que éstos tienen la responsabilidad última de la salud de la población. Los recursos actuales dedicados a la prevención de los trastornos mentales y a la promoción de la salud mental están distribuidos de manera desigual en todo el mundo. Son necesarias iniciativas de carácter internacional para eliminar estas diferencias y para apoyar a los países de bajos recursos, de manera que puedan adquirir el conocimiento y la experiencia acerca de la prevención y desarrollar los programas y las intervenciones adecuadas a sus necesidades, su cultura, sus condiciones y sus oportunidades.

La prevención de los trastornos mentales y la promoción de la salud mental deben constituir una parte integral de las políticas de salud pública y de promoción de la salud, tanto locales como nacionales. La prevención y la promoción de la salud mental se deben integrar en un abordaje que incluya horizontalmente acciones a través de los diferentes sectores públicos: medio ambiente, vivienda, bienestar social, trabajo y el empleo, educación, justicia penal y derechos humanos. Así, será posible conseguir situaciones de igualdad y desarrollo entre los distintos sectores, incluyendo una amplia gama de efectos beneficiosos asistenciales, sociales y económicos.

World Psychiatry 2006; 4: 5-14

Bibliografía

- Hosman C, Jané-Llopis E, Saxena S (eds). Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options. Oxford: Oxford University Press (in press).
- World Health Organization. Summary report: Prevention of mental disorders - effective interventions and policy options. Geneva: World Health Organization, 2004.
- Detels R, McEwan J, Beaglehole (eds). Oxford textbook of public health, 4th ed. Oxford: Oxford University Press, 2002.
- Boddy D (ed). The evidence of health promotion effectiveness: shaping public health in a new Europe. A report for the European Commission. Brussels-Luxembourg: ECSC-EC-EAAEC, 1999.
- Brown CH, Berndt D, Brinales JM et al. Evaluating the evidence of effectiveness for preventive interventions: using a registry system to influence policy through science. *Addict Behav* 2000;25:955-64.
- MacDonald G. A new approach for evaluating effectiveness in health promotion interventions. In: Norheim L, Waller M (eds). Best practices: papers on quality and effectiveness in health promotion. Helsinki/Tallinn: Finnish Centre for Health Promotion/Estonian Centre for Health Promotion and Education, 2000:155-62.
- McQueen DV. Strengthening the evidence base for health promotion. *Health Promot Int* 2001;16:261-8.
- McQueen DV. The evidence debate. *J Epidemiol Community Health* 2002;56:83-4.
- Rada J, Ratima M, Howden-Chapman P. Evidence-based purchasing of health promotion: methodology of reviewing evidence. *Health Promot Int* 1999;14:177-87.
- Raphael D. The question of evidence in health promotion. *Health Promot Int* 2000;15:355-66.
- Tones K. Beyond the randomized controlled trial: a case for judicial review. *Health Educ Res* 1997;12:1-2.
- Tones K. Evaluating health promotion: beyond the RCT. In: Norheim L, Waller M (eds). Best practices: papers on quality and effectiveness in health promotion. Helsinki/Tallinn: Finnish Centre for Health Promotion/Estonian Centre for Health Promotion and Education, 2000:86-101.
- Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA et al. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *Br Med J* 1996;312:71-2.
- Jané-Llopis E, Hosman C, Jenkins R et al. Predictors of efficacy in depression prevention. Meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2003;183:384-97.
- Tobler NS, Stratton HH. Effectiveness of school-based drug prevention programs: a meta-analysis of the research. *J Prim Prev* 1997;18:71-128.
- Hosman CMH, Engels C. The value of model programmes in mental health promotion and mental disorder prevention. *Int J Ment Health Promot* 1999;1:1-14.
- Schinke S, Brounstein P, Gardner S. Science-based programmes and principles. Rockville: SAMHSA, Center for Substance Abuse Prevention, 2003.
- McQueen DV, Anderson LM. What counts as evidence: issues and debates. In: Rootman I, Goodstadt M, Hyndman B et al (eds). Evaluation in health promotion: principles and perspectives. Copenhagen: World Health Organization, 2001:63-82.
- Nutbeam D. Achieving best practice in health promotion: improving the fit between research and practice. *Health Educ Res* 1996;11:317-25.
- Nutbeam D. Measuring effectiveness of health promotion. In: Boddy D (ed). The evidence of health promotion effectiveness: shaping public health in a new Europe. A report for the European Commission. Brussels-Luxembourg: ECSC-EC-EAAEC, 1999:1-11.
- Nutbeam D. The challenge to provide 'evidence' in health promotion. *Health Promot Int* 1999;14:99-101.
- Speller V, Learnmouth A, Harrison D. The search for evidence of effective health promotion. *Br Med J* 1997;315:361-3.
- Jané-Llopis E, Katschnig H, McDaïd D et al. Evidence base of interventions for mental health promotion and mental disorder prevention. A report of the EC Mental Health Working Party, Taskforce on Evidence. Luxembourg: European Communities, 2006.
- Rutter M. Resilience in the face of adversity. *Br J Psychiatry* 1985;147:598-61.
- Coie JD, Watt NE, West SG et al. The science of prevention: a conceptual framework and some directions for a national research program. *Am Psychol* 1993;48:1013-22.
- Ingram RE, Price JM (eds). Handbook of vulnerability to psychopathology: risk across the lifespan. New York: Guilford, 2000.
- World Bank. World development report: attacking poverty. Oxford: Oxford University Press, 2000.
- Patel V, Jané-Llopis E. Poverty, social exclusion and disadvantaged groups. In: Hosman C, Jané-Llopis E, Saxena S (eds). Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options. Oxford: Oxford University Press (in press).
- World Health Organization. A critical link: interventions for physical growth and child development. Geneva: World Health Organization, 1999.
- World Health Organization. The world health report 2002: reducing risks, promoting healthy life style. Geneva: World Health Organization, 2002.
- United Nations Children's Fund. UNICEF annual report 2002. New York: United Nations Children's Fund, 2002.
- Thomson H, Petticrew M, Morrison D. Housing interventions and health - a systematic review. *Br Med J* 2001;323:187-90.
- Cohen A. Our lives were covered in darkness. The work of the National Literary Mission in Northern India. In: Cohen A, Kleinman A, Saraceno B (eds). World mental health casebook: social and mental health programs in low-income countries. London: Kluwer/Plenum, 2002:153-190.
- Chowdhury A, Bhuiya A. Do poverty alleviation programs reduce inequities in health? The Bangladesh experience. In: Leon D, Walt G (eds). Poverty, inequality and health. Oxford: Oxford University Press, 2001:312-22.
- Hawkins JD, Catalano RF, Arthur MW. Promoting science-based prevention in communities. *Addict Behav* 2002;27:951-76.

36. Anderson P, Biglan A, Holder H. Substance use disorders. In: Hosman C, Jané-Llopis E, Saxena S (eds). *Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options*. Oxford: Oxford University Press (in press).
37. Brown H, Sturgeon S. Healthy start of life and reducing early risks. In: Hosman C, Jané-Llopis E, Saxena S (eds). *Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options*. Oxford: Oxford University Press (in press).
38. Olds D. The Prenatal/Early Infancy Project: fifteen years later. In: Albee GW, Gulotta TP (eds). *Primary prevention works*. Thousand Oaks: Sage, 1997:41-67.
39. Olds DL. Prenatal and infancy home visiting by nurses: from randomized trials to community replication. *Prev Sci* 2002;3:1153-72.
40. Olds DL, Eckenrode J, Henderson CR et al. Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect: fifteen-year follow-up of a randomized trial. *JAMA* 1997;278:637-43.
41. Olds DL, Henderson CR Jr, Cole R et al. Long-term effects of nurse home visitation on children's criminal and antisocial behaviour: a 15-year follow-up of a randomized trial. *JAMA* 1998;280:1238-44.
42. Villar J, Farnot U, Barros F et al. A randomized trial of psychosocial support during high-risk pregnancies. The Latin American Network for Prenatal and Reproductive Research. *N Engl J Med* 1992;327:1266-71.
43. Schweinhart LJ, Barnes HV, Weikart DP. Significant benefits: the High/Scope Perry preschool study through age 27. Monographs of the High/Scope Educational Research Foundation, 10. Ypsilanti: High/Scope Press, 1993.
44. Schweinhart LJ, Weikart DP. The High/Scope preschool curriculum comparison study through age 23. *Early Child Res Q* 1997;12:117-43.
45. Webster-Stratton C, Reid MJ. The Incredible Years parents, teachers and children training series: a multifaceted treatment approach for young children with conduct problems. In: Kazdin AE (ed). *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents*. New York: Guilford, 2003:224-40.
46. Webster-Stratton C, Reid MJ, Hammond M. Preventing conduct problems, promoting social competence: a parent and teacher training partnership in Head Start. *J Clin Child Psychol* 2001;30:283-302.
47. Hoefnagels C. Preventing child abuse and neglect. In: Hosman C, Jané-Llopis E, Saxena S (eds). *Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options*. Oxford: Oxford University Press (in press).
48. Rispen J, Aleman A, Goudena PP. Prevention of child sexual abuse victimization: a meta-analysis of school programs. *Child Abuse Negl* 1997;21:975-87.
49. Beardslee W, Keller MB, Lavori PW et al. Psychiatric disorder in adolescent offspring of parents with affective disorder in a non-referred sample. *J Affect Disord* 1988;15:313-22.
50. van Doesum K, Hosman C, Riksen-Walraven M. A model based intervention for depressed mothers and their infants. *Infant Ment Health J* (in press).
51. Clarke GN, Hornbrook M, Lynch F et al. A randomized trial of a group cognitive intervention for preventing depression in adolescent offspring of depressed parents. *Arch Gen Psychiatry* 2001;58:1127-34.
52. Domitrovich C, Weare K, Greenberg M et al. Schools as a context for the prevention of mental health disorders and promotion of mental health. In: Hosman C, Jané-Llopis E, Saxena S (eds). *Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options*. Oxford: Oxford University Press (in press).
53. Felner RD, Brand S, Adan A et al. Restructuring the ecology of the school as an approach to prevention during school transitions: longitudinal follow-up and extensions of the School Transitional Environment Project (STEP). *Prev Hum Serv* 1993;10:103-36.
54. Kellam SG, Rebok GW, Ialongo N et al. The course and malleability of aggressive behaviour from early first grade into middle school: results of a developmental epidemiologically-based preventive trial. *J Child Psychol Psychiatry* 1994;35:259-81.
55. Olweus D. Bully/victim problems among schoolchildren: basic facts and effects of a school-based intervention program. In: Rubin K, Heppler D (eds). *The development and treatment of childhood aggression*. Hillsdale: Erlbaum, 1989:411-48.
56. Wolchik SA, West SG, Westover S et al. The children of divorce parenting intervention: outcome evaluation of an empirically based program. *Am J Community Psychol* 1993;21:293-31.
57. Wolchik SA, West SG, Sandler IN et al. An experimental evaluation of theory-based mother and mother-child programs for children of divorce. *J Consult Clin Psychol* 2000;68:843-56.
58. Sandler I, Ayers T, Dawson-McClure S. Dealing with family disruption: divorce and bereavement. In: Hosman C, Jané-Llopis E, Saxena S (eds). *Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options*. Oxford: Oxford University Press (in press).
59. Wolchik SA, Sandler IN, Millsap RE et al. Six-year follow-up of preventive interventions for children of divorce. A randomized controlled trial. *JAMA* 2002;288:1874-81.
60. Sandler IN, Ayers TS, Wolchik SA et al. The family bereavement program: efficacy evaluation of a theory-based prevention program for parentally bereaved children and adolescents. *J Consult Clin Psychol* 2003;71:587-600.
61. Price R, Kompier M. Work, stress and unemployment. In: Hosman C, Jané-Llopis E, Saxena S (eds). *Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options*. Oxford: Oxford University Press (in press).
62. Caplan RD, Vinokur AD, Price RH et al. Job seeking, reemployment, and mental health: a randomized field experiment in coping with job loss. *J Appl Psychol* 1989;74:759-69.
63. Price RH, van Ryn M, Vinokur AD. Impact of a preventive job search intervention on the likelihood of depression among the unemployed. *J Health Soc Behav* 1992;33:158-67.
64. Vinokur AD, Schul Y, Vuori J et al. Two years after a job loss: long-term impact of the JOBS Program on reemployment and mental health. *J Occup Health Psychol* 2000;5:32-47.
65. Vuori J, Silvonen J, Vinokur AD et al. The Työhoön job search program in Finland: benefits for the unemployed with risk of depression or discouragement. *J Occup Health Psychol* 2002;7:5-19.
66. Sorensen S, Pinquart M, Duberstein P. How effective are interventions with caregivers? An updated meta-analysis. *Gerontologist* 2002;42:356-72.
67. Li F, Duncan TE, Duncan SC. Enhancing the psychological well-being of elderly individuals through Tai Chi exercise: a latent growth curve analysis. *Structural Equation Modelling* 2001;8:53-83.
68. Shapiro A, Taylor M. Effects of a community-based early intervention program on the subjective well-being, institutionalization, and mortality of low-income elders. *Gerontologist* 2002;42:334-41.
69. Haight BK, Michel Y, Hendrix S. Life review: preventing despair in newly relocated nursing home residents: short-and long-term effects. *Int J Aging Hum Develop* 1998;47:119-42.
70. Riemsma RP, Kirwan JR, Taal E et al. Patient education for adults with rheumatoid arthritis (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2002.
71. Mulrow CD, Aguilar C, Endicott JE et al. Quality-of-life changes and hearing impairment. A randomized trial. *Ann Intern Med* 1990;113:188-94.
72. Rochon PA, Mashari A, Cohen A et al. Relation between randomized controlled trials published in leading general medical journals and the global burden of disease. *Can Med Assoc J* 2004;170:1673-7.
73. Paraje G, Sadana R, Karam G. Increasing international gaps in health-related publications. *Science* 2005;308:959-60.
74. Saxena S, Paraje G, Sharan P et al. The 10/90 divide in mental health research: trends over a ten year period. *Br J Psychiatry* 2006;188:81-2.

Tratamiento del trastorno límite de la personalidad: revisión de los abordajes psicoterapéuticos

MICHAEL H. STONE

Columbia College of Physicians and Surgeons, 225 Central Park West, New York City, NY 10024, USA

En la actualidad hay tres abordajes principales para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad (TLP): el psicodinámico, el cognitivo-conductual y el de apoyo. Cada uno de ellos presenta diversas variedades específicas; por ejemplo, la psicoterapia centrada en la transferencia (abordaje psicodinámico) o la terapia conductual dialéctica (abordaje cognitivo-conductual). A pesar de que los conceptos básicos y los métodos en los que se fundamentan estos abordajes son distintos, todos ellos persiguen el alivio de los aspectos sintomáticos que dominan el cuadro clínico desde su inicio y de las dificultades de la personalidad que siguen manifestándose tras la reducción de los síntomas. El término «tratamiento» implica la actuación sobre los aspectos de mayor gravedad del cuadro de trastorno límite. Estos aspectos se pueden contemplar en una escala jerárquica constituida según el nivel de gravedad, una escala acerca de cuya naturaleza existe un acuerdo de carácter universal. El terapeuta debe prestar atención, en primer lugar, a los comportamientos de tipo suicida y de automutilación. A continuación, debe abordar cualquier tipo de amenaza que implique la interrupción prematura del tratamiento. En tercer lugar, en orden de gravedad, el terapeuta debe considerar los síntomas no relacionados con el suicidio, como la depresión (leve a moderada), los cuadros de abuso de sustancias, la angustia y otras manifestaciones de ansiedad, y los síntomas disociativos. A menudo, también se debe administrar simultáneamente tratamiento psicofarmacológico para conseguir el control de los principales síntomas, que generalmente se pueden incluir en las siguientes categorías: cognitivo-perceptual, disregulación afectiva o descontrol impulsivo/conductual. Finalmente, el terapeuta debe permanecer alerta respecto a cualquier signo de ocultamiento, deshonestidad o tendencias antisociales por parte del paciente, dado que estos signos conllevan un peor pronóstico. En los casos en los que es posible eliminar (en la mayor medida posible) todas estas influencias de carácter perturbador, el terapeuta debe abordar a continuación los síntomas de carácter más leve, como la ansiedad social o la labilidad del estado de ánimo. A través de este proceso inicial se hacen más evidentes los atributos de los trastornos de la personalidad del TLP, que adquieren una claridad todavía mayor una vez que se consigue la eliminación de los síntomas más graves. Los aspectos abordados hasta entonces en la terapia son sustituidos de manera gradual por los aspectos más intrincados y permanentes de la personalidad: rabia inadecuada, agresividad, manipulación, exigencias y demandas, celos, razonamientos de tipo «todo o nada» y actitudes extremas (idealización/devaluación) que acompañan a estos razonamientos, rasgos masoquistas, etc. En las circunstancias ideales, el paciente con TLP puede ser «modulado» hasta alcanzar un funcionamiento más adecuado, siempre y cuando sea posible controlar de manera adecuada los aspectos más agudos de la personalidad. La psicoterapia, tanto individual como de grupo, representa la principal intervención terapéutica, que se plantea los siguientes objetivos: integración psíquica, desarrollo de habilidades y el fomento, a largo plazo, del interés por la amistad, la elección de pareja y el trabajo.

Palabras clave: trastorno límite de la personalidad, aspectos terapéuticos, abordajes psicoterapéuticos, prioridades terapéuticas, síntomas acompañantes.

Dentro del conjunto de los trastornos de la personalidad, el que ha suscitado una atención mayor ha sido el trastorno límite de la personalidad (TLP); la bibliografía relativa al TLP es más amplia que la dedicada a cualquiera de los demás trastornos de la personalidad reconocidos. Este mayor interés, reflejado en la bibliografía, tiene que ver, más que con la incidencia del trastorno, con su compleja naturaleza y con las dificultades de su tratamiento. De hecho, se ha estimado que la prevalencia agrupada del TLP en la población general es del 1,16 %, es decir, un porcentaje inferior al de los trastornos de la personalidad antisocial, histriónico, obsesivo-compulsivo y por evitación (1).

Parte de la dificultad del tratamiento de los pacientes que sufren TLP radica en la complejidad de este trastorno, que se acompaña (al menos en sus fases iniciales), casi de manera invariable, de uno o más síntomas (incluidos en el Eje I del DSM-IV), junto con sus rasgos patológicos de la personalidad, tal como se recogen en el Eje II. Entre estos últimos, algunos tienen un carácter sintomático; especialmente, los actos de autolesión (como los cortes en las muñecas) y los gestos de tipo suicida (o los intentos reales de suicidio) que acompañan tan a menudo al TLP. Obviamente, estos comportamientos autolesivos requieren no solamente una atención terapéutica inmediata sino también un abordaje muy cuidadoso, debido a que en estos pacientes tienen (al menos inicialmente) un carácter ego-sintónico y, por lo tanto, no se pueden eliminar con tanta facilidad como los comportamientos de dolor y perturbación en las personas normales.

En cuanto a los trastornos del Eje I que se observan con regularidad en los pacientes que sufren TLP, los más frecuentes son los episodios graves de depresión, el trastorno bipolar II, los trastornos de la conducta alimentaria (anorexia, bulimia, o ambas), el trastorno de angustia y otros trastornos de ansiedad, los cuadros de abuso del alcohol y de otras sustancias, y los trastornos

disociativos. En algunos grupos de pacientes con TLP también es frecuente el trastorno por estrés postraumático (TEPT). El subgrupo de pacientes con una probabilidad mayor de sufrir un TEPT concomitante es el constituido por los pacientes con TLP que han sido víctimas de incesto por parte de algún familiar adulto, especialmente antes de cumplir los 10 años de edad. Las mujeres tienen una probabilidad mucho mayor que los hombres de haber sido sometidas a este tipo de experiencia, lo que puede explicar —al menos en parte— el predominio del sexo femenino en los grupos de pacientes con TLP (2-4).

El papel que desempeña el trastorno del estado de ánimo en el TLP ha sido objeto de debate desde el mismo momento en el que el TLP alcanzó la consideración oficial de diagnóstico en 1980 (DSM-III). Akiskal (5) y Stone (6) han considerado que una proporción significativa de pacientes con TLP desarrolla su trastorno de la personalidad como la expresión o el reflejo de un trastorno del estado de ánimo subyacente, a menudo un problema de depresión recurrente o un trastorno bipolar tipo II. El cuadro de TLP se puede manifestar durante la adolescencia tardía o en los primeros años del tercer decenio de vida, antes de que el trastorno bipolar alcance su expresión clínica plena. Esta evolución puede ser más frecuente en ciertos subgrupos de pacientes con TLP y menos evidente en otros subgrupos. Por el contrario, otros autores (7) no han encontrado pruebas convincentes de la equivalencia del TLP con ninguno de los trastornos del estado de ánimo.

En cualquier caso, el hecho es que muchos pacientes con TLP sufren episodios de depresión grave en algún momento de su vida y que la tasa de suicidio a largo plazo (10 a 30 años) observada en los estudios de seguimiento ha sido alta, oscilando entre el 3 (8) y el 10 % (3, 9). Stanley y Brodsky (10) realizaron una contribución importante al señalar que los comportamientos

suicidas en los pacientes con TLP no siempre son la expresión de un trastorno del estado de ánimo, aunque la coexistencia de TLP y de depresión mayor incrementa el riesgo de aparición de las formas más graves de comportamientos suicidas (incluyendo el suicidio consumado). Los episodios de realización de cortes en las muñecas y otras formas de automutilación frecuentes en el TLP constituyen gestos suicidas no mortales y de grado leve, que le permiten al paciente aliviar una tensión interpersonal a menudo insoportable (más que terminar con su vida), de forma que, tras ello, el paciente se siente mejor. Esta secuencia de acontecimientos, que la mayor parte de los clínicos considera paradójica, influye en el tratamiento del TLP, debido a que puede no ser adecuado hospitalizar a los pacientes que llevan a cabo episodios de automutilación como mecanismo para aliviar su tensión, mientras que la hospitalización sí está indicada en los pacientes cuyo comportamiento suicida está relacionado con sentimientos crónicos de depresión y desesperanza, en los que puede ser necesaria la asistencia bajo vigilancia.

El tratamiento adecuado de los pacientes con TLP también obliga a tener en cuenta la *totalidad* de su personalidad. Rara vez, o nunca, el psiquiatra debe atender a un paciente límite cuyo TLP sea la única «categoría» diagnosticable (según el DSM) de trastorno de la personalidad. En cambio, tal como han demostrado Oldham y cols. (11), el abanico de rasgos patológicos que manifiestan los pacientes límite podría abarcar los criterios correspondientes al resto de los trastornos de la personalidad; a menudo, los pacientes con TLP presentan uno o dos trastornos de la personalidad adicionales y, en ocasiones, sufren tres o más de ellos. Lo más habitual es que estos tipos de trastornos de la personalidad acompañantes se incluyan en el grupo «dramático» del DSM (grupo B): histriónico, narcisista o antisocial. También se observan con frecuencia rasgos depresivo-masoquistas (que no constituyen una categoría reconocida en el DSM pero que han sido bien descritos en la bibliografía psicoanalítica [12]), así como rasgos de las personalidades de evitación y (en menor grado) esquizotípica. La psicoterapia se debe individualizar en función de la mezcla de rasgos patológicos que presenta cada paciente con TLP, evaluados en términos dimensionales (es decir, la intensidad con la que es discernible en cada caso cada una de las categorías de la personalidad). Desde el punto de vista de la idoneidad de la psicoterapia y del pronóstico final, algunas combinaciones de rasgos patológicos tienen un tratamiento más sencillo y gratificante, con un mejor pronóstico a largo plazo; sin embargo, hay otras combinaciones que tienen un carácter más sombrío y en las que las posibilidades de éxito terapéutico son menores. Por ejemplo, el TLP acompañado de rasgos depresivo-masoquistas pertenece generalmente al grupo más favorable (estos pacientes suelen mostrar un grado mayor de introspección y motivación); el TLP asociado a rasgos narcisistas pertenece al grupo de pronóstico intermedio, y el TLP asociado a características antisociales constituye generalmente el cuadro de tratamiento más difícil y de peor pronóstico (13). Los pacientes con TLP que mienten y que muestran una actitud general de falta de honestidad plantean a menudo dificultades terapéuticas muy importantes, debido a que este comportamiento tiende a ignorar o despreciar al terapeuta, más que a colaborar con él (14). Otras configuraciones de la personalidad que indican un mal pronóstico, aunque en menor medida que los rasgos antisociales, son la hipomaníaca y la paranoide (15). Entre los pacientes con TLP que muestran una «comorbilidad» paranoide importante se encuentran los que sufren celos patológicos. A menudo, estos pacientes viven al borde del delirio (o, en ocasiones, en una situación manifiesta de delirio) y no es posible razonar con ellos acerca de sus conceptos erróneos a través de la argumentación (con independencia de lo hábil que ésta sea) ni a través de las pruebas (con independencia de lo convincentes que éstas sean). En la psi-

coterapia es necesario intentar profundizar desde la superficie, donde reside la falta de confianza, hasta las capas más profundas del subconsciente, en donde se localizan los sentimientos intensos de inseguridad y de dudas respecto a sí mismo, que alimentan los celos. Dado que los pacientes que padecen un trastorno límite con celos patológicos presentan una tendencia hacia la externalización y hacia la resistencia a considerar los problemas con objetividad, esta tarea no es sencilla. No obstante, White y Mullen (16) han ofrecido algunas directrices útiles para el tratamiento de estos pacientes.

En el tratamiento del TLP se suelen utilizar psicofármacos de manera complementaria, para facilitar el control de cualquiera de los síntomas que se toma como objetivo, que habitualmente pertenecen a las categorías cognitivo-perceptual, de disregulación afectiva o de descontrol impulsivo/conductual. En esta revisión no se aborda el componente psicofarmacológico. Sin embargo, puede señalarse brevemente que los medicamentos de elección frente a los síntomas del área cognitivo-perceptual son los antipsicóticos atípicos administrados en dosis bajas. En cuanto a la disregulación afectiva y al descontrol impulsivo/conductual, el tratamiento psicofarmacológico más adecuado es la administración de un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS). En los casos en los que el ISRS no es eficaz, se puede cambiar por un eutimizante, como el litio o el valproato (17).

VARIEDADES DE PSICOTERAPIA UTILIZADAS ACTUALMENTE EN EL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

Por motivos didácticos, durante los últimos años ha sido habitual clasificar los abordajes psicoterapéuticos frente al TLP en tres grupos principales: psicodinámico, cognitivo-conductual y de apoyo. Estos abordajes están basados en teorías y fundamentos psicológicos distintos, de manera que los clínicos formados en cualquiera de ellos se sienten más «en casa» cuando aplican las técnicas y tácticas correspondientes a dicho abordaje. En la práctica clínica real, especialmente en las frecuentes situaciones de crisis que caracterizan el curso del TLP durante sus fases iniciales, muchos terapeutas utilizan tácticas e intervenciones correspondientes a un abordaje psicoterapéutico distinto al que dominan. Estos cambios requieren una buena carga de flexibilidad e introducen un soplo de aire de eclecticismo en la práctica clínica de muchos especialistas que atienden de manera intensiva a pacientes con TLP.

Terapias psicodinámicas

Los métodos con orientación psicoanalítica o «psicodinámicos» están fundamentados en el supuesto de que existen fuerzas y conflictos inconscientes que sacuden al paciente límite y que son los responsables tanto de sus actitudes extremas como de las tremendas oscilaciones en los patrones de comportamiento observados. Por ejemplo, los pacientes límite tienden a pasar de la adoración al desprecio hacia las personas clave de sus vidas (manifestando de esta manera los mecanismos de defensa de idealización y desvalorización). Estos cambios de actitud pueden estar desencadenados de manera impredecible por acontecimientos insignificantes que tienen lugar en sus relaciones interpersonales, de manera que el resto de las personas considera que los pacientes límite son personas no integradas y extremistas. El abordaje psicodinámico persigue la promoción de la integración psíquica a través de una evaluación detallada de las actitudes de polarización (mantenidas fuera del consciente a través del mecanismo de defensa de disociación, aprovechando el hecho de

que el terapeuta mismo será rápidamente experimentado por el paciente (a través de la transferencia) como el destinatario de los diferentes sentimientos intensos (de amor, odio, lujuria, celos, envidia, etc.) que emanan realmente del paciente límite, pero que para el momento en el que se manifiestan fuera de éste, son depositados sobre los hombros del terapeuta (por decirlo de alguna manera), a través del mecanismo de defensa de la identificación proyectiva. Durante este proceso, el terapeuta puede presentar sentimientos intensos de contratransferencia. No obstante, estos sentimientos constituyen un material muy útil para el terapeuta, que los procesa y devuelve, en su interpretación, al paciente, incrementando la toma de conciencia de éste con respecto a sus conflictos y actitudes fundamentales. En general, el objetivo del abordaje psicodinámico es conseguir la integración de los elementos dispares y dispersos del subconsciente del paciente, con la esperanza de que éste presente una actitud más apropiada hacia los demás, así como un comportamiento más razonable en su vida cotidiana.

Durante las primeras fases del tratamiento de los pacientes con TLP, el terapeuta se puede enfrentar a todo tipo de comportamientos potencialmente mortales o de automutilación, crisis interpersonales, interrupciones del tratamiento y problemas de todo tipo, lo que obliga al uso de diferentes intervenciones de apoyo. En los casos en los que se requiera hospitalización, debido a un comportamiento suicida manifiesto o a una impulsividad extrema, las consideraciones psicodinámicas quedan en un segundo plano y se limitan a las intervenciones de establecimiento de límites y de apoyo, hasta que se vuelve a recuperar la estabilidad. Gunderson (18) ha ofrecido una perspectiva general excelente de la progresión escalonada de las diferentes modalidades terapéuticas que tienen lugar a medida que el paciente con TLP que es hospitalizado pasa de la fase peligrosa a una fase de interacción más tranquila y reflexiva. Gabbard (19) ha llamado la atención acerca de la forma en la que las intervenciones de apoyo se aplican de manera sistemática en diferentes momentos de la mayor parte de las terapias psicodinámicas utilizadas en pacientes con TLP.

Durante los últimos años se han desarrollado diversas directrices terapéuticas, o «manuales del tratamiento», en relación con los principales abordajes terapéuticos, incluyendo el psicodinámico. Por ejemplo, Kernberg y cols. (20) han elaborado un protocolo para la aplicación de la psicoterapia centrada en la transferencia (*transference focused psychotherapy*, TFP) a los pacientes con TLP, en el que se evitan las intervenciones de apoyo, excepto en las situaciones de gran urgencia. En Inglaterra, Bateman y Fonagy (21) han publicado una guía detallada de su tratamiento fundamentado en la mentalización, que persigue el objetivo de promover la capacidad para comprender con mayor precisión los estados mentales propios y de los demás (es decir, para mejorar la mentalización), de manera que el paciente pueda desarrollar un sentimiento más coherente del yo y regular mejor las emociones que percibe en relación con el mundo. En el libro de estos autores el lector encontrará, además, un resumen excelente de todos los abordajes terapéuticos pertinentes y más utilizados en el tratamiento del TLP.

El abordaje psicodinámico de Kohut (22), conocido como psicología del *self*, fue desarrollado principalmente para su aplicación a pacientes atendidos de manera ambulatoria, especialmente a pacientes con personalidad narcisista. Algunos de los pacientes descritos por Kohut y cols. (23) muestran una organización límite de la personalidad, según lo describe Kernberg, aunque Kohut y cols. han expresado el punto de vista de que los «estados límite» no son susceptibles de análisis (23, 24). El abordaje de Kohut utiliza, en cualquier caso, las intervenciones de apoyo (expresiones de simpatía, validación de las percepciones que tiene el paciente respecto a los demás, etc.), en mayor medida en los pacientes que presentan el extremo más leve

del espectro límite (y que son atendidos ambulatoriamente). En el tratamiento de los pacientes con trastorno límite de la personalidad, Kohut intentó la conversión de estos pacientes a lo largo del tiempo en cuadros de «personalidad narcisista susceptible de análisis», en aquellos casos en los que el terapeuta podía (en palabras del propio autor) «parar el fuego» de las tormentosas emociones que afloraban al inicio del tratamiento (25). Por el contrario, Gunderson, Kernberg, y Bateman y Fonagy han obtenido una experiencia considerable en pacientes con TLP (hospitalizados o atendidos ambulatoriamente), y en sus numerosas publicaciones exponen de manera convincente la eficacia del abordaje psicodinámico en una proporción respetablemente elevada de pacientes con este trastorno. En el libro que ha escrito el autor de este artículo acerca de los pacientes con trastornos de la personalidad, susceptibles y no susceptibles de tratamiento, se recogen numerosos casos clínicos que confirman esta impresión (13). En cualquier caso, se podría hablar de un espectro de abordajes psicodinámicos en función de la aplicación o evitación de las intervenciones de apoyo. En la TFP de Kernberg, las intervenciones de apoyo se evitan, siempre que sea posible, debido a que pueden «socavar el trabajo realizado en el paradigma de transferencia-contratransferencia y dar lugar, a menudo, a un predominio de la contratransferencia» (14). En cambio, la TFP se fundamenta en intervenciones como la clarificación (de las comunicaciones confusas o mal entendidas del paciente), la confrontación (de las actitudes a menudo paradójicas y con cambios intensos de polaridad que expresa el paciente con TLP respecto a sí mismo y a los demás) y, en última instancia, las interpretaciones (dirigidas a conseguir que el paciente tome conciencia de los aspectos disociados de estas dispares actitudes, con objeto de estimular su integración psíquica). Se presupone que la importante (y a menudo turbulenta) constelación dinámica existente en la vida cotidiana del paciente límite quedará finalmente representada en la relación de transferencia. Allí podrá ser analizada, clarificada y modulada a través de mecanismos de carácter más adaptativo. El abordaje utilizado por Gunderson, especialmente en los pacientes con TLP hospitalizados, conlleva un grado mayor de aceptación de las intervenciones de apoyo, especialmente al inicio del tratamiento; el objetivo último es, por lo demás, similar al de la TFP. Tal como ya se ha mencionado, el abordaje de Kohut es menos adecuado para los pacientes con trastorno límite de mayor gravedad y, en cualquier caso, descansa en gran medida en las intervenciones de apoyo a través del establecimiento de una alianza terapéutica.

Terapias cognitivo-conductuales

Los abordajes cognitivo-conductuales en el tratamiento de los pacientes límite ponen énfasis en los comportamientos observables y en los esquemas psíquicos o «argumentos internos» (patrones habituales de pensamiento relativos a sí mismo y al mundo interpersonal, constituidos a lo largo de los años de desarrollo del paciente). En la evolución del TLP, los comportamientos y sus esquemas subyacentes han pasado a ser inadaptados, debido a diversos factores causales: predisposiciones hereditarias, humillaciones y otras heridas psicológicas inferidas por sus cuidadores, y, en algunos casos, traumatismos psicológicos manifiestos secundarios a situaciones de abuso físico o sexual. Los esquemas inadaptados tempranos pertinentes al TLP y contemplados por Beck y Freeman (26) son las suposiciones básicas tales como (entre otras): «voy a estar solo siempre; no va a haber nadie que me cuide»; «soy una mala persona; merezco ser castigado»; «nadie me querría si supiera realmente cómo soy». Estas suposiciones reflejan algunos aspectos básicos importantes en los pacientes con TLP: el temor al abandono, la convicción de no merecer de

cariño y el sentimiento exagerado de culpa. Las distorsiones cognitivas características de los pacientes con TLP implican (tal como ya se ha señalado en relación con los abordajes dinámicos) actitudes polarizadas del tipo «todo o nada», que Beck ha denominado «razonamiento dicotómico». A pesar de que la transferencia no suele ser contemplada como tal por los terapeutas que aplican terapias cognitivo-conductuales, este fenómeno se puede comprender fácilmente en lenguaje cognitivo, considerándolo como las respuestas del paciente hacia el terapeuta fundamentadas en las creencias y expectativas incorporadas previamente y derivadas de las experiencias pasadas, más que en la contemplación del terapeuta como un individuo real y percibido de manera realista. El tratamiento está centrado en la reducción de la tendencia al razonamiento dicotómico, ayudando al paciente a desarrollar un mejor control de sus emociones e impulsos, y reforzando su sentido de identidad.

Durante los últimos 25 años, la terapia conductual dialéctica (*dialectic behavior therapy*, DBT) desarrollada por Marsha Linehan ha ganado una popularidad cada vez mayor y se ha convertido en un método apreciado especialmente para minimizar la tendencia de los pacientes con TLP a la realización de gestos o intentos de suicidio, o para cometer otras formas de autolesión. Esta investigadora y sus colaboradores crearon un manual para la aplicación de la DBT (27). El abordaje terapéutico propuesto consiste en la realización de una sesión individual semanal con el terapeuta, junto con una sesión semanal de grupo orientada hacia el desarrollo de habilidades. Se permite que el paciente llame por teléfono al terapeuta (lo que se rechaza en la TFP), pero con la advertencia de que el terapeuta va a hablar con el paciente sólo si éste está por lesionarse o por efectuar un gesto de suicidio, con la expectativa de que su conversación permita al paciente conseguir el autocontrol necesario para desistir de su acto autolesivo. Si el paciente llama al terapeuta después de haber cometido el acto de autolesión, el terapeuta interrumpe la llamada rápidamente para evitar o reducir la «ganancia secundaria» que podría conseguir el paciente si el terapeuta escuchara cómo le cuenta lo que ya ha llevado a cabo. En cuanto a la naturaleza dialéctica de las sesiones individuales, este término hace referencia al diálogo entre el paciente y el terapeuta dirigido hacia la conciliación de las actitudes y los sentimientos opuestos del paciente, con el objetivo de conseguir una síntesis (28). El fin de este proceso implica el mismo objetivo que se proponen las terapias psicodinámicas: lograr una integración psíquica y el desarrollo de patrones de comportamiento más apropiados. Dado que muchos pacientes con TLP han sufrido cuadros de abuso y malos tratos durante su niñez, en situaciones en las que los padres utilizaban métodos de intimidación y negación para ocultar la realidad de lo que estaba ocurriendo a sus hijos, la *validación* durante el tratamiento se convierte en una intervención curativa importante: asegurar al paciente límite que algunas de sus experiencias negativas (abandono, castigo injustificado, incesto, etc.) tuvieron lugar realmente y que el paciente no está «loco» por pensar que ocurrieron. Esta forma de intervención es a menudo un componente clave del abordaje global de la DBT.

Psicoterapias de apoyo

Aunque Arnold Winston y cols. han expresado el punto de vista de que la terapia de apoyo es «la estructura que se ajusta mejor a la mayor parte de las orientaciones teóricas» (29), la bibliografía sobre la terapia de apoyo en relación con el TLP es escasa. Appelbaum y Levy (30) han escrito acerca de la aplicación de la terapia de apoyo en el tratamiento del TLP, en lo que constituye una amalgama de intervenciones dinámicas y de apoyo similar a la propuesta inicialmente por Rockland (31). Rockland menciona técnicas como la escucha receptiva, la educación, el

ofrecimiento de estímulos, el establecimiento de límites, la exhortación (para llevar a cabo o reprimir ciertos comportamientos), el ofrecimiento de palabras tranquilizadoras y de consejos, y la validación. Appelbaum ha desarrollado un manual de psicoterapia de apoyo para el TLP que constituye un suplemento de los manuales ya publicados respecto a la TFP y a la DBT. En estos abordajes de apoyo se reconocen los sentimientos de transferencia, pero no se utilizan las interpretaciones de la propia transferencia.

PERSPECTIVAS A CORTO Y A LARGO PLAZO

Muchos de los estudios de seguimiento publicados recientemente en relación con los pacientes que sufren TLP se han centrado en el problema de las autolesiones o de los actos parasuicidas. Por ejemplo, Linehan y cols. (32) demostraron que los pacientes con TLP tratados mediante DBT presentaban una probabilidad menor de llevar a cabo este tipo de actos al final de un año de tratamiento, en comparación con los pacientes «tratados de la manera habitual». El tratamiento habitual implicaba un número de horas de terapia a la semana menor que el requerido por la DBT, de manera que es difícil determinar qué parte de la mejoría de los pacientes tratados mediante DBT fue debida al método en sí mismo más que al hecho de que el terapeuta dedicara más tiempo con el paciente. Durante los últimos años se han obtenido resultados comparables con otros abordajes (es decir, reducción de los actos lesivos al cabo de un año de tratamiento). Esta similitud entre resultados ha sido demostrada con la TFP (33) y con la terapia cognitivo-conductual fundamentada en el manual de Peter Tyrer (*manual-assisted cognitive behavior therapy*, MACT) (34). En conjunto, los resultados obtenidos en estos estudios indican que la terapia intensiva y bien planificada realizada por un terapeuta bien entrenado y utilizando diversos abordajes puede dar lugar a resultados gratificantes en algunos aspectos sintomáticos del TLP (p. ej., en los relacionados con los actos autolesivos), de manera que estos resultados se pueden conseguir al cabo del primer año de tratamiento.

A pesar de que los nuevos manuales se centran en los resultados obtenidos en el primer año de tratamiento (o año y medio), la psicoterapia aplicada a los pacientes con TLP es una empresa que se plantea a un plazo mucho mayor. La razón es que el objetivo no debe ser únicamente la reducción de los actos autolesivos y de otros síntomas problemáticos (como la depresión, los trastornos de la conducta alimentaria, la angustia, la disociación, etc.), sino también la mejora de la capacidad del paciente límite para actuar en su trabajo y para desarrollar y mantener relaciones de amistad y, si fuera posible, para fomentar el buen resultado en sus relaciones íntimas. Estos objetivos no se suelen alcanzar antes de transcurridos 5 o 10 años de tratamiento, de manera que son necesarios estudios con seguimientos a largo plazo (10 o más años) para poder determinar realmente los resultados de la psicoterapia.

JERARQUÍA DE TAREAS EN EL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES LÍMITE

En términos estrictos, el concepto de tratamiento, referido a los pacientes psiquiátricos implica la noción de establecer un conjunto de remedios frente a trastornos de carácter agudo o grave. Algunos de estos remedios «abordan» los síntomas agudos, mientras que otros aplican los fundamentos psicoterapéuticos para el alivio de los rasgos de personalidad inadaptada. Dado que el TLP representa un conjunto de síntomas y de rasgos de desajuste, y que a menudo está anunciado por una serie de síntomas graves e incluso potencialmente mortales, el tratamiento de los síntomas

agudos puede dominar el cuadro desde el inicio, incluso cuando ya se está llevando a cabo la psicoterapia *per se*. De manera gradual, los aspectos psicoterapéuticos se van manifestando con mayor plenitud a medida que los síntomas remiten y adoptan un carácter menos perturbador.

Diversos clínicos con una gran experiencia en pacientes límite, tal como Kernberg y Linehan, han definido jerarquías de tareas con las que se debe enfrentar el terapeuta a medida que evoluciona el caso. Dada la naturaleza del TLP y las similitudes existentes entre los distintos grupos genéricos de pacientes límite, estas jerarquías son muy similares. Están constituidas por una serie de tareas ordenadas en cuanto a su urgencia, lo que genera una lista de problemas que deben ser atendidos por el terapeuta a medida que lleva a cabo el tratamiento de un paciente con TLP. A continuación se ofrece una lista ordenada de estas tareas terapéuticas:

1. Determinar que se ha evaluado y tratado adecuadamente todo lo relacionado con el suicidio (en cualquiera de sus formas: ideación, amenazas, gestos, intentos).
2. Abordar con prontitud la amenaza por parte del paciente de interrupción prematura del tratamiento.
3. Obtener información y aplicar el tratamiento correspondiente respecto a otros síntomas graves no relacionados con el suicidio (p. ej., angustia, anorexia, disociación, depresión o hipomanía, abuso de sustancias, compulsiones).
4. Permanecer alerta respecto a los posibles signos de ocultamiento grosero de información importante o de aparición de cualquier signo de falta de honestidad o de tendencias antisociales por parte del paciente.
5. Cuando se ha atendido a las tareas ya señaladas, es necesario considerar los síntomas menos perturbadores que puede presentar el paciente (p. ej., ansiedad social, depresión leve).
6. Definir los rasgos de la personalidad que pueden causar problemas importantes en el trabajo o en las relaciones interpersonales (hostilidad, agresividad, amargura, celos, manipulación, exigencia, etc.).
7. Definir los rasgos de la personalidad de carácter menos perturbador, como aquellos que son más problemáticos para el paciente que para los demás (timidez, «masoquismo moral», servilismo, falta de autoafirmación, etc.).
8. Definir los objetivos laborales, educativos (si fueran pertinentes) e interpersonales a largo plazo; abordar la idoneidad de la selección de la pareja y las actitudes hacia los demás miembros de la familia.

En este esquema jerárquico, el tratamiento en sí mismo está relacionado principalmente con los pasos 1 a 5. Los pacientes con TLP que mejoran y progresan hacia los pasos siguientes son generalmente los que se convierten finalmente en personas que ya no cumplen los criterios del DSM para el TLP (35, 36). Éstos son los pacientes límite cuyo tratamiento toma cada vez más las características de una psicoterapia; son los pacientes que eran considerados psiconeuróticos en la bibliografía más antigua. Actualmente, se considera que estos pacientes sufren un trastorno de la personalidad de menor gravedad, como cualquiera de los incluidos en los trastornos del grupo C (grupo de ansiedad).

World Psychiatry 2006; 4: 15-20

Bibliografía

1. Torgersen S. Epidemiology. In: Oldham JM, Skodol AE, Bender DS (eds). *Textbook of personality disorders*. Washington: American Psychiatric Publishing, 2005:129-41.
2. Herman JL, Perry JC, van der Kolk BA. Childhood trauma in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1989;146:490-5.
3. Stone MH. *The fate of borderline patients*. New York: Guilford, 1990.
4. Paris J, Zweig-Frank H, Guzder J. Psychological risk factors for borderline personality disorder in female patients. *Compr Psychiatry* 1994;35:301-5.
5. Akiskal HS. Subaffective disorders: dysthymic, cyclothymic, and bipolar-II disorders in the borderline realm. *Psychiatr Clin North Am* 1981;4:25-46.
6. Stone MH. *The borderline syndromes*. New York: McGraw Hill, 1980.
7. Gunderson JG, Phillips KA. A current view of the interface between borderline personality disorder and depression. *Am J Psychiatry* 1991;148:967-75.
8. McGlashan TH. The Chestnut Lodge follow-up study. III. Long term outcome of borderline personalities. *Arch Gen Psychiatry* 1986;43:20-30.
9. Paris J, Brown R, Nowlis D. Long-term follow-up of borderline patients in a general hospital. *Compr Psychiatry* 1987;28:530-5.
10. Stanley B, Brodsky BS. Suicidal and self-injurious behavior in borderline personality. In: Gunderson JG, Hoffman PD (eds). *Understanding and treating borderline personality disorder*. Washington: American Psychiatric Publishing, 2005:43-63.
11. Oldham JM, Skodol AE, Kellman HD et al. Comorbidity of Axis-I and Axis-II disorders. *Am J Psychiatry* 1995;152:571-8.
12. Kernberg OF. *Severe personality disorders: psychotherapeutic strategies*. New Haven: Yale University Press, 1984.
13. Stone MH. *Personality disorders: treatable and untreatable*. Washington: American Psychiatric Publishing, 2006.
14. Clarkin JF, Yeomans FE, Kernberg OF. *Psychotherapy for borderline personality*. New York: Wiley, 1999.
15. Kernberg OF. Borderline personality organization. *J Am Psychoanal Assoc* 1967;15:641-85.
16. White GL, Mullen PE. *Jealousy: theory, research, and clinical strategies*. New York: Guilford, 1989.
17. Soloff P. Pharmacotherapy in borderline personality disorder. In: Gunderson JG, Hoffman PD (eds). *Understanding and treating borderline personality disorder*. Washington: American Psychiatric Publishing, 2005:65-82.
18. Gunderson JG. *Borderline personality disorder: a clinical guide*. Washington: American Psychiatric Publishing, 2001.
19. Gabbard GO. *Psychodynamic psychiatry in clinical practice*. Washington: American Psychiatric Publishing, 2000.
20. Kernberg OF, Clarkin JF, Yeomans FE. *A primer of transference-focused psychotherapy for borderline patients*. New York: Aronson, 2002.
21. Bateman AW, Fonagy P. *Psychotherapy for borderline personality disorder: mentalization-based treatment*. Oxford: Oxford University Press, 2004.
22. Kohut H. *The analysis of the self*. New York: International Universities Press, 1971.
23. Goldberg A (ed). *The psychology of the self: a casebook*. New York: International Universities Press, 1978.
24. Kohut H. *The restoration of the self*. New York: International Universities Press, 1977.
25. Kohut H. *How does analysis cure?* Chicago: University of Chicago Press, 1984.
26. Beck AT, Freeman A. *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford, 1990.
27. Linehan MM. *Training manual for treating borderline personality disorder*. New York: Guilford, 1993.
28. Linehan MM. *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford, 1993.
29. Winston A, Rosenthal RN, Muran JC. Supportive psychotherapy. In: Livesley WJ (ed). *Handbook of personality disorders*. New York: Guilford, 2001:344-58.
30. Appelbaum AH, Levy KN. Supportive psychotherapy for borderline patients: a psychoanalytic research perspective. *Am J Psychoanal* 2002;62:201-2.

31. Rockland LH. Supportive therapy: a psychodynamic approach. New York: Basic Books, 1989.
32. Linehan MM, Armstrong HE, Suarez A. Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48:1060-4.
33. Clarkin JF, Foelsch PA, Levy KN et al. The development of a psychodynamic treatment for patients with borderline personality disorder: a preliminary study of behavioral change. *J Personality Disord* 2001;15:487-95.
34. Tyrer P, Tom B, Byford S et al. Differential effects of manual assisted cognitive behavior therapy in the treatment of recurrent deliberate self-harm and personality disturbance: the POMACT study. *J Personality Disord* 2004;18:102-16.
35. Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J et al. Psychosocial functioning of borderline patients and Axis-II comparison subjects followed prospectively for six years. *J Personality Disord* 2005;19:19-29.
36. Zanarini MC, Frankenburg FR, Vujanovic AA et al. Axis-II comorbidity of borderline personality disorder: description of 6-year course and prediction to time-to-remission. *Acta Psychiatr Scand* 2004;110:416-20.

Desestigmatización en la vida cotidiana: lo que los países desarrollados pueden aprender de los países en vías de desarrollo

ALAN ROSEN

Department of Psychological Medicine, University of Sydney; School of Public Health, University of Wollongong, 24 Olga Street, Chatswood NSW 2067, Australia

El estigma asociado a los trastornos mentales parece tener características diferentes en los países desarrollados y en los países en vías de desarrollo. La reducción de la estigmatización se puede conseguir mediante una combinación de las estrategias occidentales más adecuadas referentes a los procesos educativos e informativos y mediante la sistematización de algunas de las lecciones más importantes que ofrecen los países en vías de desarrollo. En un contexto macrosocial, esta desestigmatización implica: la realización de cambios sociales que permitan una mayor participación y una reintegración en los distintos ámbitos comunitarios de las personas que sufren enfermedades mentales; la definición para estas personas marginadas de funciones socialmente útiles y culturalmente valoradas; la ampliación de las redes familiares y comunitarias; la revalorización del contacto con las personas que sufren enfermedades mentales, y el aprendizaje a partir de sus experiencias. En un contexto microsocial, la desestigmatización de la enfermedad mental implica el desarrollo de prácticas o costumbres en la vida cotidiana que faciliten este proceso: el abordaje más holístico de la enfermedad, las capacidades y las necesidades; el optimismo terapéutico; el fortalecimiento de los aspectos positivos; la participación de las familias y el desarrollo de una red de apoyo ampliada; la celebración de los ritos de pasaje adecuados a la edad; la invocación de un lenguaje que enfatice las posibilidades de recuperación; la valoración de la experiencia de otras personas con enfermedad mental de larga duración y la participación de estas personas como «guías espirituales»; la promoción de la participación comunitaria de las personas con enfermedad mental, tendiendo a la efectivización de una ciudadanía plena, y la participación e implicación de la comunidad local en la asunción de responsabilidades en cuanto a la evolución de la salud mental en dicha comunidad.

Palabras clave: estigma, países desarrollados, países en vías de desarrollo, comprensión de la salud mental, prácticas de desestigmatización, recuperación, fortalecimiento, optimismo terapéutico

La WPA lleva varios años comprometida en un programa dirigido hacia la eliminación del estigma asociado a la esquizofrenia, tanto en países desarrollados como en países en vías de desarrollo. El objetivo de este programa es crear una estrategia nuclear común y una base de datos de recursos también común. Sin embargo, este proyecto implica también un compromiso poco habitual: promocionar y apoyar en los países en vías de desarrollo el uso de los conocimientos y métodos locales para facilitar la creación de sus propias iniciativas antiestigma, de manera que estén adaptadas a las distintas características culturales de cada país.

En este artículo se ofrece un resumen de las lecciones, analizadas en un estudio previo (1), que pueden ofrecer los países en vías de desarrollo a los países desarrollados para disminuir el estigma asociado a las enfermedades mentales.

¿ES DIFERENTE EL ESTIGMA PSIQUIÁTRICO EN LOS PAÍSES DESARROLLADOS Y EN LOS PAÍSES EN VÍAS DE DESARROLLO?

En estudios de carácter comparativo efectuados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2-4) se ha demostrado que la esquizofrenia tiene una mejor evolución a largo plazo en los países en vías de desarrollo, especialmente en las áreas rurales. Estos resultados todavía generan polémica e incredulidad entre los psiquiatras, debido a que constituyen un desafío a los supuestos (por otra parte, ya caducos) de que los pacientes no se recuperan nunca de la esquizofrenia y de que los resultados conseguidos con los tratamientos y medidas de rehabilitación que se aplican en los países occidentales tienen que ser mejores. Sin embargo, los resultados obtenidos en los estudios citados han demostrado ser sólidos, debido a que han sido validados en estudios internacionales y en estudios con seguimientos de 15 a 25 años (5).

Se han sugerido diversas explicaciones para este fenómeno: a) la mayor inclusión y mayor integración en la comunidad en los países en vías de desarrollo, de manera que el paciente mantiene una posición y una función en la sociedad; b) la implicación de la comunidad en los ritos tradicionales de curación, lo que fortalece la inclusión social y la solidaridad; c) la existencia de una posición laboral valorada y la posibilidad de regular el grado de actividad; d) la existencia de una red familiar o una red de apoyo comunitario

ampliadas, que permiten repartir la tensión y la carga que soportan las familias, de modo que habitualmente se consigue disminuir la expresión de emociones negativas en la familia del enfermo mental.

Por su parte, en los países occidentales existen pruebas (6) de que las tasas de recuperación de la esquizofrenia aumentan durante los periodos de «crecimiento» industrial, cuando se amplían los mercados laborales, mientras que disminuyen durante las épocas de depresión industrial, cuando se reduce el mercado laboral. Son posibles explicaciones a este fenómeno las siguientes: a) la posesión de un puesto de trabajo permite al paciente con esquizofrenia moverse en otros contextos, fuera del ámbito de la atención clínica; b) el ejercicio de una actividad laboral regular permite acceder a una posición socialmente valorada, que estimula la recuperación y la curación, y c) los clínicos y la propia comunidad perciben de una forma más realista las posibles necesidades clínicas de los pacientes que sufren enfermedades mentales (es decir, sin estigmatizarlos) en los casos en los que éstos poseen un trabajo regular. Posiblemente, estos mecanismos actúen conjuntamente.

El programa antiestigma de la WPA (WPA Stigma Programme) ha identificado varios factores existentes en los países en vías de desarrollo que estimulan la tolerancia y el apoyo comunitario hacia las personas que sufren enfermedades mentales graves (7): a) la ausencia de un sistema de atención institucional generalizada dentro del sistema asistencial tradicional de salud mental; b) la naturaleza rural y agrícola de la sociedad; c) la fuerza del sistema familiar ampliado; d) los modelos explicativos que consideran la causa de la enfermedad ajena a la voluntad del paciente, y e) el hecho de que los síntomas de psicosis, así como la propia evolución de la esquizofrenia, tienen un carácter más benigno en los países en vías de desarrollo.

En efecto, los psiquiatras que ejercen en los países en vías de desarrollo han observado con frecuencia el escaso grado de estigmatización asociado a la enfermedad mental (7). Al contrario de lo que ocurre con los chinos que residen en Taiwán, entre los aborígenes de Formosa los enfermos mentales no sufren ningún tipo de estigmatización (8). Las familias cingalesas se refieren libremente a sus familiares psicóticos como «tontos» y no muestran ninguna vergüenza por ello; en Sri Lanka, son más estigmatizados los tuberculosos que los enfermos mentales (9). En los diversos pueblos de Nigeria y Malasia, la etiqueta de «loco» se aplica únicamente a las personas violentas o con un comportamiento fuer-

temente perturbador; los pacientes que sufren esquizofrenia sólo son considerados excéntricos y, así, se considera que pueden realizar tareas laborales y contraer matrimonio (6). Por otra parte, tal como también demuestra la experiencia con la lepra, las actitudes públicas hacia la enfermedad pueden influir sobre el comportamiento de los enfermos. Una vez establecida, esta «hoja de ruta moral» se suele perpetuar por razones que tienen muy poco que ver con la enfermedad en sí misma (9). En algunos grupos sociales (p. ej., en Nigeria y en Tanzania) la lepra sólo es considerada una de las enfermedades que reducen las capacidades de las personas, mientras que en la India esta enfermedad se acompaña de un grado elevado de estigmatización, que da lugar a la segregación y el rechazo, justifica el divorcio y conduce a la mendicidad (9).

Las explicaciones biológicas no dan lugar necesariamente a resultados más esperanzadores respecto a la reducción de la estigmatización. En algunas campañas, se generan mayor temor y exclusión social cuanto más se promocionan los tratamientos biológicos como abordaje terapéutico único (10). La sociedad considera a menudo que las explicaciones biológicas de la enfermedad mental son difíciles de comprender y que dichas explicaciones implican que la enfermedad mental es fundamentalmente un proceso sin posibilidades de curación, a pesar de los efectos curativos ocasionales de los «fármacos milagrosos». Los programas educativos en los que se señalan causas comprensibles e intervenciones accesibles para el hombre medio (p. ej., las explicaciones que presentan a la enfermedad como reacción esperable frente a acontecimientos vitales, hechos traumáticos y situaciones de privación, así como las intervenciones para reducir el estrés o las estrategias cognitivo-conductuales y familiares) mejoran la forma en que son percibidas las personas que sufren enfermedades mentales, especialmente en cuanto a las dimensiones de «seguridad-peligro» y de «previsibilidad» (10). Posiblemente, estos abordajes también faciliten el hecho de que las distintas comunidades no se sientan indefensas frente a la enfermedad mental.

Luhrmann (11) demuestra cómo los psiquiatras occidentales, en su intento por conseguir la desestigmatización de la enfermedad psiquiátrica a través de la promoción de su naturaleza «médica», han contribuido a destruir una de las principales motivaciones para el ejercicio de su profesión: la posibilidad de comprometerse personalmente y de curar. Esta investigadora señala que los psiquiatras occidentales parecen haber perdido el norte en la búsqueda del «cerebro perfecto», un problema agravado aún más por los imperativos económicos impuestos por la industria farmacéutica y por las políticas públicas que consideran prioritaria la contención del gasto sanitario.

¿QUÉ PUEDEN APRENDER LOS PAÍSES DESARROLLADOS DE LOS PAÍSES EN VÍAS DE DESARROLLO EN CUANTO AL DISEÑO DE MÉTODOS EFICACES PARA ELIMINAR EL ESTIGMA ASOCIADO A LAS ENFERMEDADES MENTALES?

¿Qué pueden aprender de los países desarrollados de los países en vías de desarrollo con respecto a la lucha frente al estigma que acompaña a las enfermedades mentales?

Ante todo, deben aprender a no alejar de la comunidad ni a segregar detrás de altos muros a las personas que sufren una enfermedad mental, de manera que sea posible extraer conocimientos y experiencia a partir de la convivencia con este tipo de personas. Esta propuesta es congruente con las conclusiones de distintos estudios, que demuestran que cuando las comunidades tienen una experiencia directa de convivencia con personas con enfermedad mental se adoptan actitudes más positivas, se percibe que realmente es posible ayudar a estas personas, y se reduce la estigmatización (10).

Pueden aprender a valorar a las personas que presentan enfermedades mentales, integrándolas a las comunidades a las que

pertenecen. También pueden aprender a reestructurar las sociedades, estableciendo funciones significativas, socialmente útiles y culturalmente valoradas para las personas que padecen enfermedades mentales y para otros grupos marginados. Esto por lo general implica el pago de un salario por la realización de una actividad laboral concreta.

La gente común puede aprender a salir de sus familias nucleares y ampliar su red familiar y comunitaria, para compartir la experiencia práctica y la carga asociadas al cuidado de estos pacientes. De esa manera, será posible «no sentirse solos» y reducir la percepción de que la comunidad rechaza y aísla a una familia porque uno de sus miembros padece una enfermedad mental.

Pueden aprender a escuchar el mensaje de las experiencias de los pacientes psicóticos y a ayudar a estas personas a distinguir, definir o explorar los posibles significados de estas experiencias, tanto para ellos mismos como para sus seres queridos. Así, un episodio de enfermedad mental puede no ser contemplado como una perturbación vital de carácter terrible ni como una etapa perdida en la vida, sino como una crisis existencialmente útil, que permite realizar cambios trascendentales en sus vidas (13). Después de un episodio de este tipo, las familias pueden decidir realizar cambios en cuanto al consumo de sustancias, el control del estrés y la colaboración con el tratamiento del paciente.

Pueden aprender que el estigma que acompaña a las enfermedades mentales no es algo inamovible, imborrable o universal, sino que es función del contexto cultural. Por lo tanto, vale la pena esforzarse por combatirlo, mediante métodos culturalmente adecuados con el objetivo de eliminarlo. Los aborígenes australianos y los maoríes de Nueva Zelanda que sufren enfermedades mentales han tenido que luchar contra el «efecto doble» de la estigmatización y la discriminación, al haber sido desposeídos y desvalorizados por su condición de indígenas por parte de la sociedad blanca y al haber sido colonizados y controlados por los servicios de salud mental (13). Con muy pocas excepciones recientes, los sistemas asistenciales establecidos para los enfermos mentales han sido culturalmente inapropiados, de difícil acceso y generadores de rechazo, discriminación y desaliento (13). Es posible contribuir a una mejor evolución de los enfermos mentales a través de la consulta directa a los pacientes y sus familias con respecto a cómo perciben la asistencia recibida y a través de la incorporación de las prácticas curativas culturalmente tradicionales o la adaptación de las intervenciones profesionales a dichas prácticas tradicionales.

La reducción del estigma que acompaña a las enfermedades mentales se puede conseguir a través de una combinación de las mejores estrategias occidentales educativas e informativas, respetando, amplificando y sistematizando al mismo tiempo las importantes lecciones que ofrecen los países en vías de desarrollo. Fundamentalmente, no deben considerarse únicamente las explicaciones y tratamientos de base biológica, sino que debe otorgarse un lugar preponderante a los aspectos psicosociales y culturales, que intervienen como factores causales o precipitantes de la enfermedad (p. ej., la pérdida o la inexistencia de una función significativa en la sociedad, las crisis espirituales, etc.).

DESESTIGMATIZACIÓN EN LA VIDA COTIDIANA

Los principios de desestigmatización que deben guiar la vida cotidiana pueden ser elaborados a partir de las prácticas en los países en vías de desarrollo, en combinación con las intervenciones basadas en la evidencia, provenientes de los países desarrollados. En la tabla 1 se ofrece una lista preliminar, parcial y todavía no totalmente comprobada, de este tipo de prácticas o intervenciones.

En términos de una aproximación de tipo holístico al problema, es posible ampliar el modelo biopsicosocial de Engel (14) y

Tabla 1. Lo que los países desarrollados pueden aprender de los países en vías de desarrollo respecto a la desestigmatización de las prácticas cotidianas

- Evaluar y considerar a la persona de un modo holístico, aplicando el paradigma biopsicosociocultural, *en vez de* evaluar y considerar la enfermedad como puramente biológica, tratar los síntomas como entidades independientes de la persona o intervenir sobre subsistemas biológicos fragmentados.
- Permitir la externalización de los síntomas y afrontarlos conjuntamente, *más que* propiciar la internalización de los síntomas y las dificultades.
- Enfatizar los puntos fuertes y habilidades del paciente, con el objetivo de que adquiera o recupere una función social significativa, *en vez de* enfatizar los aspectos negativos, débiles o disfuncionales.
- Propiciar el compromiso y la participación de la familia inmediata del paciente, procurando implicar a miembros de su familia extensa y de toda su red sociocultural, en un contexto de respeto de los derechos de confidencialidad y privacidad, *en vez de* realizar una «parentectomía» o considerar a la familia como un «grupo tóxico», denegándole su acceso al equipo terapéutico y decidiendo con quién debe relacionarse «el paciente».
- Orientar los servicios hacia el cambio y la progresión, a través de la celebración de ritos de pasaje, adecuados a la edad *en vez de* sostener programas «de mantenimiento» que recluyen al paciente en un limbo intemporal o los mantenga en una situación de dependencia, a menudo de carácter hostil.
- Favorecer la participación activa y responsable del paciente en la construcción de su propia historia; propiciar la adquisición creciente de habilidades y capacidades y el desarrollo de sentimientos de esperanza; enfatizar a través del lenguaje la posibilidad de una recuperación, el crecimiento continuo y la mejoría; eliminar el presupuesto alienante de que «la historia clínica define al paciente» y la profecía autocumplidora de una mala evolución, implícita en el lenguaje que enfatiza la cronicidad.
- Valorar a los pacientes con más tiempo de enfermedad como guías espirituales y como consultores, *en vez de* desvalorizarlos como pacientes en una situación de dependencia perpetua.
- Promover la curación y la recuperación a través de la vida en comunidad como ciudadanos de pleno derecho, con una función culturalmente valorada (la actividad laboral) y una rehabilitación *in vivo*, *en vez de* almacenar a los pacientes en instituciones, realizar actividades laborales simuladas, pretendiendo una rehabilitación *in vitro* en ambientes artificiales.
- Trabajar respetando los tiempos del paciente y sus posibilidades reales de realizar el siguiente paso o salto, según su «propia interpretación de la partitura» sin aplicar un modelo único y línea de cambio *en vez de* trabajar según el «reloj» de los médicos, transmitiendo una sensación de impaciencia o resignación, y según un modelo de cambio lineal predecible.
- Tener en cuenta la posibilidad de que el paciente desarrolle capacidades con respecto al control de su comportamiento, la autodeterminación y la elección a partir de una gama de intervenciones posibles, expresando un optimismo terapéutico, *en vez de* que el profesional ejerza el control y la colonización del paciente, decida por él («sabemos lo que es mejor para usted»), expresando un pesimismo terapéutico.
- Promover la participación de la comunidad local en la asunción de responsabilidades respecto a su propia salud (p. ej., mediante grupos o equipos de acción local), *en vez de* depositar totalmente la responsabilidad en las autoridades y en las campañas de información, manteniendo la creencia de que «es un problema de ellos, no nuestro».
- Realizar campañas educativas con respecto a los distintos aspectos de la salud mental, dirigidas a la comunidad y a los profesionales sanitarios, rechazando la estigmatización, *en vez de* tolerar la ignorancia comunitaria y profesional, las imágenes estereotipadas que aparecen en los medios de comunicación, la discriminación y la estigmatización.

elaborar un modelo biopsicosociocultural que incluya las distintas dimensiones culturales: la microcultura de la familia nuclear y la familia ampliada, y la macrocultura de las percepciones comunitarias (entre ellas, el estigma y la consecuente discriminación). Puede pensarse que el dominio espiritual forma parte de la dimensión cul-

tural, y se expresa en comportamientos y actitudes tanto personales como comunitarias. No se puede considerar completa ninguna forma de evaluación clínica de un paciente que sufre ideas delirantes o alguna otra alteración psiquiátrica grave que no tenga en cuenta la participación, directa o indirecta, de estos factores.

La concepción holística de la salud mental implica no sólo la ausencia o la superación de la enfermedad mental, sino también el abordaje de las dimensiones cualitativas del bienestar, tales como la optimización de la salud física, el compromiso con las redes de apoyo familiares y sociales, y el desempeño por parte del paciente de funciones significativas en la comunidad a la que pertenece. La recuperación está fundamentada en la reconstrucción de todo el contexto vital. Ello implica que no sólo debe recurrirse a los profesionales expertos sino también al conocimiento proveniente de la propia comunidad, a través de la pertenencia y la participación en los distintos contextos locales.

La «externalización» de los síntomas es un principio promovido por los terapeutas de la escuela narrativa (15) con objeto de eliminar la metáfora clínica tradicional que puede dar lugar a la internalización de los síntomas y a la aparición de la enfermedad. En vez de inducir de manera inadvertida la creencia de que el paciente es un conjunto de síntomas y una persona alterada o indeleblemente «defectuosa», las estrategias de «externalización» son útiles para objetivar el problema y para considerar que el problema no forma parte de la identidad del paciente. De esta manera, el paciente no queda definido por los síntomas o el diagnóstico, sino que éstos se convierten en un obstáculo en su vida, un obstáculo que puede ser afrontado y superado de manera conjunta por el paciente, su familia y el profesional.

Una orientación que enfatiza y refuerza los «puntos fuertes» y las «habilidades», más que la orientación clínica habitual centrada en los síntomas, las alteraciones y la discapacidad como «factores de debilidad», permite al clínico contemplar y valorar los aspectos positivos del paciente. A su vez, la valoración de dichos puntos fuertes del paciente permite a éste utilizar sus propias capacidades para compensar o superar los componentes de discapacidad que conlleva su enfermedad. Este abordaje ha sido contemplado en el Life Skills Profile (16), un instrumento para evaluar las capacidades y discapacidades funcionales que hace hincapié en la consideración de los puntos fuertes. Así, los gráficos de valoración (p. ej., los histogramas) pueden ser compartidos fácilmente con el paciente y su familia para facilitar y vigilar la recuperación. Rapp (17) ha desarrollado un modelo orientado hacia los puntos fuertes, para ser aplicado en el contexto de la gestión de casos, un modelo que puede ser compatible con los criterios de evaluación de los equipos terapéuticos comunitarios que aplican tratamientos asertivos.

La recuperación de la esperanza con respecto a las posibilidades de crecimiento a lo largo de la vida personal implica recuperar o aprender un sinnúmero de recursos o herramientas culturales largamente erosionadas relativas a la progresión vital y a la celebración de los ritos de pasaje adecuados a la edad de los pacientes. Tras la desaparición de la guía comunitaria con respecto a los ritos de pasaje o transición vital, éstos se han convertido en cuestiones estresantes indicativas de posibles rupturas, al tiempo que las familias se mantienen «congeladas» en su situación vital; por ejemplo, con hijos perpetuamente dependientes de padres cada vez mayores. Al mismo tiempo, los pacientes «crónicos» permanecen en un limbo intemporal de asistencia vigilada, abandonados en las calles o incluidos en programas de rehabilitación del adulto implantados según las directrices de la «corriente general» (13).

La recuperación de la actividad laboral hace que las personas que sufren enfermedades mentales graves vuelvan a poseer el potencial vital para compartir con otros las vicisitudes de su historia y asumir la responsabilidad de conducir sus propias vidas. Al aprender a narrar su historia personal en términos de esperanza y de confianza en las propias capacidades, más allá de las características y los síntomas especificados en la historia clínica, tanto los pacientes como

sus familias pueden elegir un destino diferente del que los obliga de manera perpetua a ser receptores de asistencia psiquiátrica (18).

El enfoque de la «interpretación de la propia partitura» (19, 20) resume la manera en que una mejoría inicial, tras un episodio de un trastorno psiquiátrico, se puede detener durante períodos muy prolongados. En esta fase aparentemente estática, la persona puede mantener un proceso constante de procesamiento interno y puede conseguir incrementos sutiles en su autoestima, su capacidad de competencia, su resistencia y sus habilidades sociales. La persona en fase de recuperación puede necesitar este período, tal vez como un mecanismo regulador, para reunir las fuerzas suficientes para abordar el obstáculo siguiente, por ejemplo, la solicitud de un nuevo trabajo, el alta del hospital o el alejamiento del hogar de los padres.

Los detallados estudios de observación realizados por Strauss que dieron lugar al concepto de la «partitura personal» proporcionan un fundamento para atender y respetar el momento en que la persona está preparada para enfrentar cambios significativos e incluso radicales en su vida. El momento en que una persona está preparada para efectuar cambios puede no ajustarse a los tiempos asistenciales o al «reloj» clínico impuesto por un programa que se propone conseguir determinados objetivos fijos. En estos casos, se debe dar preferencia a los tiempos y momentos del paciente (21).

El «optimismo terapéutico» es un concepto que reconoce la evidencia de que la recuperación respecto a la esquizofrenia es mucho mayor que la considerada posible hasta ahora, incluso sin la aplicación de intervenciones terapéuticas específicas. Esta favorable perspectiva puede, además, potenciarse a través de estrategias cognitivo-conductuales, la participación de la familia y de otros miembros de la comunidad y la acción de otros factores culturales asociados a un mejor pronóstico y a una disminución del estigma. El «optimismo terapéutico» presenta una base de evidencia: los programas de intervención precoz sobre la psicosis han demostrado que numerosas habilidades pueden ser enseñadas, aprendidas y ejercitadas (22). El desarrollo y el mantenimiento de grupos, comités o equipos de acción local ha sido el método utilizado por el programa antiestigma de la WPA (23) para aprovechar la experiencia y los conocimientos locales, con el objetivo de incrementar la comprensión comunitaria acerca de los problemas de salud mental y luchar contra la estigmatización.

CONCLUSIÓN

Si las actitudes públicas pueden indicar a las personas cómo se deben comportar, a través de la provisión de una «hoja de ruta» moral que indica cómo expresar su enfermedad, entonces es posible contribuir, como proveedores de servicios, a la creación de una nueva «hoja de ruta» moral que incluya la forma en que se puede favorecer la recuperación y la superación de los obstáculos vitales (como la aparición de una enfermedad mental). Al propiciar que las personas con enfermedad mental compartan sus aspiraciones y expectativas vitales con otros miembros de su comunidad, se favorece que aquéllas mantengan plenamente su condición de ciudadanos, al tiempo que continúen con su aprendizaje y crecimiento a través de la vida.

Agradecimientos

El autor agradece a Sylvia Hands su ayuda en el original, y a Vivienne Miller, Liz Newton, Garry Walter, Ernest Hunter, David Shiers y Susannah Rix su ayuda con respecto a los contenidos.

World Psychiatry 2006; 4: 21-24

Bibliografía

1. Rosen A. What developed countries can learn from developing countries in challenging psychiatric stigma. *Australasian Psychiatry* 2003;11:589-95.
2. World Health Organization. The international pilot study of schizophrenia, Vol. 1. Geneva: World Health Organization, 1973.
3. World Health Organization. Schizophrenia. An international follow-up study. Chichester: Wiley, 1979.
4. Leff J, Sartorius N, Jablensky A et al. The international pilot study of schizophrenia: five-year follow-up findings. *Psychol Med* 1992;22:131-45.
5. Harrison G, Hopper K, Craig T et al. Recovery from psychotic illness: a 15- and 25-year international follow-up study. *Br J Psychiatry* 2001;178:506-17.
6. Warner R. Recovery from schizophrenia: psychiatry and political economy, 3rd ed. Hove: Brunner-Routledge, 2004.
7. Warner R. Community attitudes towards mental disorder. In: Thornicroft G, Szuckler G (eds). *Textbook of community psychiatry*. Cambridge: Cambridge University Press, 2000:453-64.
8. Rin H, Lin T. Mental illness among Formosan Aborigines as compared with the Chinese in Taiwan. *J Ment Sci* 1962;108:134-46.
9. Waxler NE. Learning to be a leper: a case study in the social construction of illness. In: Mischler EG, Amarasinghan LR (eds). *Social contexts of health, illness and patient care*. Cambridge: Cambridge University Press, 1992:169-92.
10. Read J, Law A. The relationship of causal beliefs and contact with users of mental health services to attitudes to the mentally ill. *Int J Soc Psychiatry* 1999;45:216-29.
11. Luhrmann TM. *Of two minds: the growing disorder in American psychiatry*. New York: Knopf, 2000.
12. Rosen A, Barfoot K. Day care and occupation: structured rehabilitation and recovery programmes and work. In: Thornicroft G, Tansella M (eds). *Textbook of community psychiatry*. Oxford: Oxford University Press, 2001:295-308.
13. Rosen A. 100% Mabo: de-colonizing people with mental illness and their families. *Aust N Z J Fam Ther* 1994;15:128-4.
14. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977;196:129-36.
15. White M, Epston D. *Literate means to therapeutic ends*. Adelaide: Dulwich Centre Publications, 1989.
16. Rosen A, Hadzi-Pavlovic D, Parker GB. The Life Skills Profile: a measure assessing function and disability in schizophrenia. *Schizophr Bull* 1989;15:325-37.
17. Rapp C. Theory, principles, and methods of the strengths model of case management. In: Harris M, Bergman HC (eds). *Case management: theory and practice*. Washington: American Psychiatric Association Press, 1993:143-64.
18. O'Neill M, Stockell G. Worthy of discussion: collaborative group therapy. *Aust N Z J Fam Ther* 1991;12:201-6.
19. Strauss JS, Hafez H, Lieberman P et al. The course of psychiatric disorder, III: Longitudinal principles. *Am J Psychiatry* 1985;142:289-96.
20. Strauss JS, Carpenter WT. Characteristic symptoms and outcomes in schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1992;30:429-34.
21. Shiers D, Rosen A, Shiers A. Woodshedding: the pathway to recovery. Submitted for publication.
22. McGorry P, Jackson H (eds). *The recognition and management of early psychosis*. Cambridge: Cambridge University Press, 1999.
23. Sartorius M, Schulze H. Reducing the stigma of mental illness: a report from a global programme of the World Psychiatric Association. Cambridge: Cambridge University Press, 2005.

Consecuencias de la guerra sobre la salud mental: una breve revisión de los resultados de las investigaciones

R. SRINIVASA MURTHY¹, RASHMI LAKSHMINARAYANA²

¹Regional Office for the Eastern Mediterranean, World Health Organization, Post Box 7608, Abdul Razak Al Sanhoury Street, Naser City, Cairo 11371, Egypt

²London School of Hygiene and Tropical Medicine, Keppel Street, London, WC1E 7HT, UK

Entre las consecuencias de la guerra, el impacto sobre la salud mental de la población civil constituye una de las más significativas. En los estudios realizados sobre la población civil se demuestra un incremento claro en la incidencia y la prevalencia de los trastornos mentales. Las mujeres aparecen afectadas con mayor frecuencia que los hombres. Otros grupos vulnerables son los niños, los ancianos y los discapacitados. Los índices de prevalencia se asocian a la intensidad de la situación traumática y a la existencia de apoyo físico y emocional. En los países en vías de desarrollo es frecuente el uso de estrategias de superación fundamentadas en aspectos culturales y religiosos.

Palabras clave: guerra, salud mental, grupos vulnerables, estrategias de superación

Puede considerarse que el año 2005 representa un hito importante para la comprensión de la relación existente entre la guerra y la salud mental. En este año se cumplió el 30º aniversario del final de la Guerra de Vietnam y del comienzo de la guerra en el Líbano. Todos los días, los medios de comunicación informaron acerca de los horrores de la situación «de guerra» progresiva en Irak. Algunos de los titulares más recientes aparecidos en los medios de comunicación señalan el impacto de la guerra sobre la salud mental: «Vivimos en un estado de temor constante» (en Irak); «La guerra pasa factura a la salud mental iraquí»; «Las situaciones bélicas traumáticas dejan huellas físicas»; «La guerra es el infierno [...] causa efectos permanentes en las personas que la sufren»; «La guerra es terrible y supera la capacidad de comprensión y de superación de la mayor parte de las personas»; «Hay una generación que sólo ha conocido la guerra».

Las guerras han desempeñado un papel importante en la historia de la psiquiatría, a través de diversos mecanismos. Fue el impacto psicológico de las guerras mundiales, bajo la forma de «neurosis de guerra», lo que demostró la eficacia de las intervenciones psicológicas durante la primera mitad del siglo xx. Por su parte, el reconocimiento durante la Segunda Guerra Mundial de que una parte de la población no poseía las características idóneas para ser reclutado estimuló la creación del National Institute of Mental Health en Estados Unidos. Las diferencias en la presentación de los síntomas psicológicos entre los oficiales y los soldados abrieron nuevas vías para el conocimiento de las reacciones psiquiátricas frente al estrés.

A lo largo del último año se ha publicado un elevado número de libros y documentos en los que se han abordado los efectos de la guerra sobre la salud mental. Entre ellos, el libro de la WPA *Disasters and mental health* (1); el informe del Banco Mundial *Mental health and conflicts*

–*Conceptual framework and approaches* (2); el libro de las Naciones Unidas (ONU) *Trauma interventions in war and peace: prevention, practice and policy* (3); el documento del United Nations Children's Fund (UNICEF) *The state of the world's children– Childhood under threat* (4); el libro *Trauma and the role of mental health in post-conflict recovery* (5), y un capítulo denominado *War and mental health in Africa*, recogido en el libro de la WPA *Essentials of clinical psychiatry for sub-Saharan Africa* (6).

A pesar de que desde la Segunda Guerra Mundial no se han producido guerras mundiales, sí han existido guerras y conflictos a lo largo de los últimos 60 años. Por ejemplo, en los 22 países de la región mediterránea oriental de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (11), más del 80 % de las personas vive en situación de conflicto o ha experimentado este tipo de situación a lo largo de los últimos 25 años (7).

La guerra tiene un efecto catastrófico sobre la salud y el bienestar de las naciones. En diversos estudios se ha demostrado que las situaciones de conflicto armado causan índices de mortalidad y discapacidad mayores que los originados por cualquiera de las enfermedades más importantes. La guerra destruye comunidades y familias, y a menudo altera el desarrollo de la estructura económica y social de las naciones. Entre los efectos más nocivos de la guerra pueden mencionarse las alteraciones físicas y psicológicas crónicas en niños y en adultos, así como la destrucción de los capitales material y humano. La muerte como resultado de la guerra es únicamente «la punta del iceberg». Además de la muerte, hay otras muchas consecuencias de la guerra que no han sido bien estudiadas: la pobreza endémica, la malnutrición, la discapacidad, el deterioro económico y social, y las enfermedades psicosociales, por mencionar sólo unas pocas. El desarrollo de estrategias coherentes y eficaces para abordar estos problemas sólo será posible a través de un conocimiento detallado de los

conflictos armados y de la enorme cantidad de problemas que causan sobre la salud mental.

La importancia que otorga la OMS a los traumas psicológicos causados por la guerra queda subrayada por la resolución que adoptó su Asamblea Mundial de mayo de 2005, en la que se exigía a los Estados Miembro que «implementaran todas las acciones necesarias para proteger a los niños de los conflictos armados y para evitar su participación en ellos», así como la resolución del Comité Ejecutivo de la OMS de enero de 2005 en la que se exigía «apoyo para la implementación de programas que permitan reparar los daños psicológicos de las guerras, los conflictos armados y los desastres naturales» (8).

La OMS realizó la estimación de que, en las situaciones de conflicto armado en todo el mundo, «el 10 % de las personas que sufre problemas de traumatismo psicológico padecerá problemas graves de salud mental, mientras que otro 10 % desarrollará pautas de comportamiento que dificultarán su capacidad para actuar de manera eficaz. Los trastornos más frecuentes son la depresión, la ansiedad y los problemas psicosomáticos, como el insomnio, el lumbago o las molestias gástricas» (9).

En este artículo se revisa brevemente la evidencia publicada en la bibliografía respecto al impacto de la guerra sobre la salud mental de la población general, de los refugiados, de los soldados y de los grupos con características específicas de vulnerabilidad. Para el objetivo de este artículo, el término «guerra» se aplica tanto a los conflictos armados entre países distintos (p. ej., la guerra Irak-Kuwait) como a los que tienen lugar en un solo país (guerras civiles, p. ej., en Sri Lanka). En esta revisión se ofrecen los datos relativos a algunas de las guerras más importantes (los países involucrados aparecen en orden alfabético) y, finalmente, se exponen brevemente los factores de riesgo, surgidos del resultado de diversos estudios.

IMPACTO DE LA GUERRA SOBRE LA SALUD MENTAL

Afganistán

Más de dos decenios de conflicto han dado lugar en Afganistán a un importante sufrimiento general y al desplazamiento de la población. Dos de los estudios publicados en este país son importantes tanto por su alcance como por sus resultados.

En el primer estudio (10) se utilizó una encuesta de fases múltiples, en grupos, dirigida hacia la población general, en la que participaron 799 adultos de 15 o más años de edad. El 62 % de las personas que respondieron a la encuesta señaló haber experimentado al menos cuatro episodios traumáticos durante los 10 años anteriores. Se detectaron síntomas de depresión en el 67,7 % de los encuestados, síntomas de ansiedad en el 72,2 % y trastorno por estrés postraumático (TEPT) en el 42 %. Los encuestados que sufrían discapacidad y las mujeres mostraron un grado inferior de salud mental, y se demostró la existencia de una relación significativa entre el grado de salud mental y la intensidad de los episodios traumáticos. Las prácticas religiosas y espirituales fueron algunas de las estrategias de superación utilizadas por los encuestados.

El segundo estudio (11), en el que fue evaluada con diseño transversal una muestra de la población constituida por grupos múltiples, se llevó a cabo en la provincia afgana de Nangarhar, con el objetivo de determinar la prevalencia de los síntomas psiquiátricos, identificar los factores de riesgo y los recursos utilizados por la población para el apoyo emocional, y evaluar la cobertura actual de las necesidades básicas. La muestra completa estuvo constituida por 1.011 encuestados de 15 años de edad o más. Casi la mitad de ellos había sufrido episodios traumáticos. Se observaron síntomas de depresión en el 38,5 % de los encuestados, síntomas de ansiedad en el 51,8 % y TEPT en el 20,4 %. Los índices elevados de síntomas fueron asociados a un número mayor de episodios traumáticos. Los índices fueron mayores en las mujeres que en los varones. Las fuentes principales de apoyo emocional fueron la religión y la familia.

Los Balcanes

Posiblemente, el conflicto armado de los Balcanes sea uno de los mejor estudiados (12-14) durante los últimos años. En este conflicto se ha evaluado la salud mental de los supervivientes de ambos bandos (15).

En un estudio inicial (16) realizado con refugiados bosnios se demostró la asociación entre trastornos psiquiátricos (depre-

sión y TEPT) y discapacidad. En un estudio de 3 años de seguimiento efectuado con este mismo grupo se demostró que los antiguos refugiados bosnios que seguían viviendo en la región mantenían los trastornos psiquiátricos y la discapacidad tras la evaluación inicial (17).

En una encuesta de grupo realizada con diseño transversal a albanos-kosovares de 15 años de edad o más se observó que el 17,1 % (IC del 95 %, 13,2-21,0 %) presentaba síntomas de TEPT (18). Se detectó una reducción lineal significativa en el grado de salud mental y de actividad social, y un incremento de los episodios traumáticos en los individuos de 65 años o más que tenían antecedentes de enfermedades psiquiátricas o de enfermedades médicas crónicas. Las personas que habían sufrido un desplazamiento en el interior del propio país mostraron un riesgo mayor de morbilidad psiquiátrica. Tanto los varones (89 %) como las mujeres (90 %) expresaron fuertes sentimientos de odio hacia los serbios, y el 44 % de los varones y el 33 % de las mujeres señalaron que actuarían de acuerdo con esos sentimientos.

En un estudio realizado sobre la salud mental y el estado nutricional de la minoría étnica serbia de Kosovo, se detectaron puntuaciones altas en el General Health Questionnaire (GHQ) de 28 ítems en las subcategorías de disfunción social y de depresión grave; las mujeres y las personas que vivían solas o en unidades familiares pequeñas presentaron tendencia a una mayor morbilidad psiquiátrica (19). En una muestra de población general constituida por 2.796 niños de 9 a 14 años de edad se detectó un elevado índice de síntomas postraumáticos y de duelo por la muerte de seres queridos (20). Estos síntomas presentaron relación con la intensidad y el tipo de la exposición. Las niñas sufrieron más dificultades que los niños.

Camboya

Camboya ha atravesado un largo período de violencia destacado por la guerra civil que tuvo lugar durante la década de 1960 y que culminó con el gobierno de los «Khmer rojos», que destruyó por completo el tejido social del país. En varios estudios se ha demostrado que los refugiados aún presentaban, después de 10 años, un elevado índice de síntomas psiquiátricos (21).

En una encuesta doméstica realizada a 993 adultos civiles que habían residido en el Campamento 2 (el campamento de personas desplazadas más grande de toda Camboya, cercano a la frontera con Tailandia) se observó que más del 80 % sufría depresión y diversos problemas somáticos, a pesar de tener un acceso adecuado a los servicios médicos (22).

Aproximadamente el 55 y el 15 % de estos refugiados presentaban síntomas que satisfacían los criterios utilizados en los países occidentales para definir la depresión y el TEPT, respectivamente. No obstante, a pesar del elevado índice de episodios traumáticos y síntomas, el funcionamiento social y laboral estaba bien preservado en la mayoría de los encuestados. Diez años después del episodio traumático original, éste seguía ejerciendo un efecto sobre el índice de síntomas psiquiátricos (23). Los datos de este estudio respaldaron la validez diagnóstica de los criterios del TEPT, con la notable excepción del criterio de evitación. La inclusión de los síntomas disociativos incrementó la sensibilidad cultural del TEPT. Se estableció que los antecedentes psiquiátricos y las enfermedades físicas en curso eran factores de riesgo para el TEPT (24).

Las modificaciones en la estructura de la sociedad produjeron la destrucción de las redes de protección existentes (especialmente hacia las mujeres), como las constituidas por las autoridades y los ancianos de los pueblos (25). Tras el conflicto, los sanadores tradicionales (monjes, curanderos, parteras), que desarrollaban previamente una función importante en el mantenimiento de la salud mental, perdieron esta destacada posición en la comunidad (26).

En un estudio realizado con un grupo de 27 jóvenes camboyanos que habían sufrido un episodio traumático grave a los 8-12 años de edad, se realizó una evaluación inicial y se efectuó un seguimiento durante un período de 3 años. A través de una entrevista estructurada y de la aplicación de escalas de autovaloración se demostró que el TEPT todavía presentaba una prevalencia elevada (48 %) y que la depresión afectaba al 41 % de las personas estudiadas (27).

Chechenia

Las situaciones de violación de los derechos humanos de la población chechena han sido bien documentadas (28). En un estudio realizado sobre un pequeño número de chechenos que solicitaron asilo en el Reino Unido se ofrecieron pruebas adicionales de las situaciones de abuso y de los problemas psicológicos relacionados con ellas (29). Los problemas psicosociales fueron evaluados a través de una encuesta efectuada en asentamientos para personas desplazadas (n = 256) (30, 31). La mayoría de los encuestados (dos tercios) consideró que el conflicto había producido alteraciones mentales o problemas emocionales. Casi todos los encuestados señalaron que tenían familiares que habían tenido dificultades para superar estos problemas mentales y emocionales. Las

estrategias de superación más utilizadas fueron la oración, la conversación, la actividad laboral intensa y la búsqueda de apoyo en los familiares.

Irak

Irak ha estado en guerra en numerosas épocas de la historia: una serie de golpes de estado en la década de 1960; la guerra Irán-Irak (1980-1988), la campaña Al-Anfal contra los kurdos en el interior del país (1986-1989); la invasión de Kuwait por parte de Irak, que dio lugar a la Guerra del Golfo (1991), y el conflicto armado que se inició en 2003. Las sanciones económicas impuestas por la ONU tras la Guerra del Golfo impactaron negativamente sobre la salud de la población iraquí. También se han señalado numerosas violaciones de los derechos humanos (32).

Se han efectuado pocos estudios acerca del impacto de estos conflictos sobre la salud mental. En un estudio realizado sobre 45 familias kurdas que residían en dos campamentos, se señaló la presencia de TEPT en el 87 % de los niños y en el 60 % de sus cuidadores (33). En otro estudio, realizado con 84 refugiados iraquíes de sexo masculino, se observó que la falta de apoyo social constituyó un factor más intenso de la morbilidad por depresión, en comparación con los factores traumáticos (34). Se concluyó que la falta de apoyo social era un importante factor predictivo de depresión, de mayor gravitación que los episodios traumáticos. Durante los tres últimos años de la ocupación por fuerzas extranjeras se publicaron numerosos estudios relativos a la salud mental de la población, pero ninguno de ellos tuvo un carácter sistemático.

Israel

Israel se encuentra en situación de conflicto armado desde hace más de 40 años. Se ha realizado un elevado número de estudios sistemáticos sobre diversos grupos de población. En un estudio reciente (35) se señaló que el 76,7 % de las personas expuestas a situaciones bélicas traumáticas presentaba al menos un síntoma relacionado con el estrés traumático, mientras que el 9,4 % cumplía los criterios del trastorno por estrés agudo. Los mecanismos de superación más utilizados habían sido la búsqueda activa de información respecto a las personas queridas y el apoyo social. En otro estudio (36) se señaló que, 20 años después de la guerra con el Líbano, la reacción inicial de estrés ante el combate, las enfermedades crónicas relacionadas con el TEPT y los síntomas físicos se asociaban a una mayor participación en comportamientos de riesgo.

Líbano

El Líbano fue asolado por una guerra civil (1975-1990) y por las invasiones israelíes de 1968 y 1982. El impacto de estos conflictos sobre la salud mental ha sido estudiado con detalle.

Uno de los estudios se realizó con una muestra constituida por 658 personas de 18 a 65 años de edad, seleccionada de manera aleatoria en cuatro comunidades libanesas expuestas a la guerra (37). La prevalencia a lo largo de la vida de depresión mayor según criterios del DSM-III-R osciló en las distintas comunidades entre el 16,3 y el 41,9 %. La exposición a la guerra y los antecedentes personales de depresión mayor fueron los principales factores predictivos de depresión en el momento del estudio.

En un estudio realizado en Beirut se evaluó la correlación entre las dificultades psicológicas de la madre y el estado de salud mental del niño (38). Se informó que el grado del impacto negativo de los acontecimientos relacionados con la guerra estaba fuertemente asociado a la intensidad de los síntomas depresivos de las madres. Se demostró que la intensidad de los síntomas depresivos de la madre era el mejor factor predictivo de la morbilidad del niño. En un estudio realizado con 224 niños libaneses (10-16 años), se halló una correlación positiva entre el número de experiencias bélicas traumáticas y los síntomas del TEPT. Los diferentes tipos de situaciones traumáticas se relacionaron de manera distinta con los síntomas (39).

En un estudio realizado con diseño transversal en 118 rehenes de guerra libaneses (40) se observó la presencia de dificultades psicológicas en el 42,1 % de la muestra, en comparación con el 27,8 % en el grupo de control. Fueron factores predictivos significativos de las dificultades psicológicas el número de años de instrucción y el incremento de la religiosidad tras la liberación.

Palestina

Durante el último decenio se han publicado numerosos estudios en los que ha quedado plasmado el elevado índice de problemas psicosociales que presentan los niños y adolescentes, las mujeres, los refugiados y los prisioneros en Palestina. En un estudio realizado por el Gaza Community Mental Health Programme sobre niños de 10-19 años de edad (41) se observó que el 32,7 % de ellos presentaba síntomas de TEPT que requerían intervención psicológica; el 49,2 %, síntomas moderados de TEPT; el 15,6 %, síntomas leves de TEPT, mientras que sólo el 2,5 % carecía de síntomas de este trastorno. Los niños presentaron índices

mayores (58 %) que las niñas (42 %), mientras que los niños que vivían en campamentos mostraron mayor grado de afectación que los niños que vivían en las ciudades (84,1 y 15,8 %, respectivamente).

En un estudio realizado para evaluar las percepciones de los palestinos con respecto a sus condiciones de vida durante la Segunda Intifada (42), el 46 % de los padres señaló la existencia de un comportamiento agresivo en sus hijos; el 38 % señaló el fracaso escolar de sus hijos; el 27 % indicó que sus hijos padecían cuadros de incontinencia urinaria, y el 39 % señaló que sus hijos sufrían pesadillas nocturnas. En este estudio también se reveló la existencia de un comportamiento agresivo, más frecuente entre los niños refugiados (53 %) que entre los que vivían en poblaciones (41 %). Las situaciones señaladas como más traumáticas fueron las siguientes: disparos y tiroteos (38 %), violencia en la televisión (34 %), confinamiento en el hogar (7 %), situaciones de arresto sufridas por familiares y vecinos (11 %). El 70 % de los refugiados y no refugiados señaló que no había recibido ninguna forma de apoyo psicológico frente a los problemas de sus hijos.

En una serie de estudios realizados a lo largo de los 10 últimos años por parte del Gaza Community Mental Health Centre (43), las situaciones más traumáticas contempladas por los niños fueron: entierros (95 %), tiroteos y disparos (83 %), personas extrañas lesionadas o muertas (67 %) y familiares lesionados o muertos (62 %). Entre los niños residentes en las zonas de bombardeos se observaron síntomas de TEPT de diversa intensidad: grave (54 %), moderada (33,5 %) y leve o dudosa (11 %). Las niñas mostraron una vulnerabilidad mayor.

Ruanda

Los problemas de salud física y mental de las personas que sobrevivieron al genocidio de Ruanda han sido bien documentados (44). En un estudio comunitario recientemente efectuado en el que fueron evaluadas 2.091 personas (45), el 24,8 % cumplía los criterios del TEPT, y razón de probabilidad ajustada (*odds ratio*) de cumplir los criterios sintomáticos del TEPT por cada episodio traumático adicional fue de 1,43. Los encuestados que cumplían los criterios del TEPT presentaron una probabilidad menor de mostrar actitudes positivas hacia la realización de procesos judiciales nacionales, lo que sugiere que si se pretende que la reconciliación tenga éxito es necesario tener en cuenta los efectos psicológicos de las situaciones traumáticas. Se han efectuado diversos estudios acerca del estado de salud del elevado número de refugiados (500.000-800.000 en cinco días) que huye-

ron hasta Goma, Zaire, tras la captura de la capital Kigali, pero en ninguno de ellos se ha considerado la salud mental.

Sri Lanka

El conflicto existente entre la mayoría Sinhala y la minoría Tamil en Sri Lanka se ha mantenido durante casi 30 años. Uno de los primeros estudios que consideraron los efectos psicológicos del conflicto sobre la población civil fue una encuesta epidemiológica (46) en la que se observó que sólo el 6 % de la población estudiada carecía de síntomas de estrés a consecuencia de la guerra. Se detectaron secuelas psicosociales en el 64 % de la población: somatización (41 %), TEPT (27 %), trastorno de ansiedad (26 %), depresión mayor (25 %), alcoholismo y problemas relacionados con sustancias (15 %) y discapacidad funcional (18 %). La destrucción de la sociedad Tamil obligó a las mujeres a asumir responsabilidades adicionales, lo que a su vez las hizo más vulnerables frente al estrés (47). Los niños y los adolescentes presentaron mayor morbilidad psiquiátrica (48).

Somalia

En un estudio realizado sobre ex combatientes de Somalia se detectaron elevados índices de morbilidad psiquiátrica y de uso de khat (49). En un estudio efectuado por UNICEF se demostraron los efectos psicológicos de la prolongada situación de conflicto armado sobre una elevada proporción de una muestra de 10.000 niños (50). En este país se produjo una destrucción casi completa de los servicios de salud mental.

Uganda

Los refugiados sudaneses huyeron hacia el norte de Uganda en dos oleadas importantes, en 1988 y en 1994. Se observó una elevada prevalencia de síntomas de TEPT y de depresión entre los niños sudaneses que vivían en los campos de refugiados (51). Los refugiados presentaron mayores índices de síntomas psiquiátricos que la población general; además, se observó que el estrés acumulado era mayor a medida que aumentaban los años en situación de exilio. Las consecuencias del exilio prolongado todavía se mantenían 5-15 años después, con un incremento en los índices de suicidio y de alcoholismo.

FACTORES DE RIESGO

A través del elevado número de estudios revisados, se pueden extraer algunas con-

clusiones respecto a los factores de riesgo y a las distintas asociaciones entre ellos.

Las mujeres muestran mayor vulnerabilidad frente a las consecuencias psicológicas de la guerra. Hay pruebas de la existencia de una correlación intensa entre las dificultades de la madre y las del niño en las situaciones bélicas. En estudios realizados con muestras de niños de la comunidad se concluyó que la depresión materna durante los períodos prenatal y posnatal es un factor predictivo de las dificultades en el crecimiento del niño. El apoyo social y las personas que han ayudado tradicionalmente durante el parto han desempeñado un papel importante en la promoción del bienestar psicosocial materno en las regiones afectadas por los conflictos armados. La asociación entre violencia de género y trastornos mentales es bien conocida. A pesar de su vulnerabilidad, la resistencia que manifiestan las mujeres frente al estrés y su papel como soporte de la familia son elementos bien reconocidos.

Se ha comprobado, en los niños, que los índices elevados de problemas psicológicos se relacionan con la exposición a situaciones traumáticas. Los estudios con resultados más contundentes son los realizados en Palestina. Dentro de los diferentes grupos de edad, el más vulnerable es el de los adolescentes.

En muchos estudios se ha observado la existencia de una correlación directa entre la intensidad de la situación traumática y la gravedad de los problemas psicológicos. Cuanto mayor es la exposición a la situación traumática (tanto física como psicológica), más intensos son los síntomas.

Los acontecimientos vitales posteriores y su asociación con la aparición de problemas psiquiátricos influyen sobre la posibilidad de una rehabilitación rápida y completa, y pueden ser utilizados para minimizar los efectos negativos de las situaciones de conflicto armado.

Los resultados de los diversos estudios señalan, de un modo coincidente, que el apoyo físico y el apoyo psicológico son importantes para minimizar los efectos de las situaciones bélicas traumáticas, y que la religión y las prácticas culturales constituyen un método para la superación de las situaciones de conflicto armado.

CONCLUSIONES

La aparición de una amplia gama de síntomas y síndromes psicológicos en las poblaciones civiles que sufren situaciones de guerra ha sido bien documentada a través de estudios de investigación. Sin embargo, en esos mismos estudios también se ofrecen datos que demuestran la existencia de mecanismos de resistencia en más de la mi-

tad de la población que debe enfrentarse a las situaciones bélicas más traumáticas. Es indudable que las poblaciones civiles que soportan las situaciones de guerra y de conflicto armado deben recibir asistencia mental, como parte de un abordaje terapéutico completo, a fin de posibilitar los procesos de rehabilitación y de reconstrucción. Tal como ocurrió durante la primera mitad del siglo XX, cuando la guerra brindó un gran impulso al desarrollo de los conceptos de salud mental, el estudio de las consecuencias psicológicas de las guerras que han tenido lugar a partir de ese momento podría ofrecer nuevos datos y soluciones para los problemas de salud mental de las poblaciones civiles.

A partir de la abundante bibliografía sobre los efectos de las guerras sobre la salud mental de los individuos, surgen diversos interrogantes: ¿tienen características universalmente uniformes los efectos psicológicos y sus manifestaciones? ¿cómo podrían definirse los casos que requieren intervención psiquiátrica? ¿cómo se deben medir los efectos psicológicos? ¿cuál es la evolución a largo plazo de los síntomas y síndromes relacionados con el estrés? (52). Todas estas preguntas deben ser abordadas en estudios futuros.

Es conveniente destacar que la OMS y algunos otros organismos relacionados con la ONU han creado recientemente un grupo de trabajo sobre «salud mental y apoyo psicosocial en situaciones de emergencia» (53-55), y se espera que este grupo complete su actividad en el transcurso de un año.

World Psychiatry 2006; 4: 25-30

Bibliografía

1. Lopez-Ibor JJ, Christodoulou G, Maj M et al (eds). *Disasters and mental health*. Chichester: Wiley, 2005.
2. Baingana F, Fannon I, Thomas R. *Mental health and conflicts – Conceptual framework and approaches*. Washington: World Bank, 2005.
3. Green BL, Friedman MJ, de Jong JTV et al (eds). *Trauma interventions in war and peace: prevention, practice and policy*. New York: Kluwer/Plenum, 2003.
4. United Nations Children's Fund (UNICEF). *The state of the world's children – Childhood under threat*. New York: UNICEF, 2005.
5. Mollica RF, Guerra R, Bhasin R et al. *Trauma and the role of mental health in the post-conflict recovery. Book of best practices*. Boston: Harvard Programme in Refugee Trauma, 2004.
6. Musisi S. *War and mental health in Africa*. In: Njenga F, Acuda W, Patel V et al (eds). *Essentials of clinical psychiatry for sub-Saharan Africa*. Milan: Masson, 2005:216-20.
7. Ghosh N, Mohit A, Murthy SR. *Mental*

- health promotion in post-conflict countries. *J Roy Soc Promot Health* 2004; 124:268-70.
8. World Health Organization. Resolution on health action in crises and disasters. Geneva: World Health Organization, 2005.
9. World Health Organization. World health report 2001 – Mental health: new understanding, new hope. Geneva: Switzerland, 2001.
10. Cardozo BL, Bilukha OO, Gotway Crawford CA et al. Mental health, social functioning, and disability in postwar Afghanistan. *JAMA* 2004;292:575-84.
11. Scholte WF, Olff M, Ventevogel P et al. Mental health symptoms following war and repression in Eastern Afghanistan. *JAMA* 2004;292:585-93.
12. di Giovanni J. *Madness visible: a memoir of war*. London: Bloomsbury, 2004.
13. Rose M. *Fighting for peace: Bosnia*. New York: Time Warner Paperbacks, 1994.
14. Beloff N. *Yugoslavia: an avoidable war*. London: New European Publications, 1997.
15. Westermeyer J. Health of Albanians and Serbians following the war in Kosovo: studying the survivors of both sides of armed conflict. *JAMA* 2000;284:615-6.
16. Mollica R, McInnes K, Sarajlic N. Disability associated with psychiatric comorbidity and health status in Bosnian refugees living in Croatia. *JAMA* 1999;282:433-9.
17. Mollica RF, Sarajlic N, Chernoff M et al. Longitudinal study of psychiatric symptoms, disability, mortality, and emigration among Bosnian refugees. *JAMA* 2001;286:546-54.
18. Lopes Cardozo B, Vergara A, Agani F et al. Mental health, social functioning, and attitudes of Kosovar Albanians following the war in Kosovo. *JAMA* 2000;284:569-77.
19. Salama P, Spiegel P, van Dyke M et al. Mental health and nutritional status among the adult Serbian minority in Kosovo. *JAMA* 2000;284:578-84.
20. Smith P, Perrin S, Yule W et al. War exposure and children from Bosnia-Herzegovina: psychological adjustment in a community sample. *J Traum Stress* 2002;15:147-56.
21. Boehnlein JK, Kinzie JD, Sekiya U et al. A ten-year treatment outcome study of traumatized Cambodian refugees. *J Nerv Ment Dis* 2004;192:658-63.
22. Mollica RF, Donelena K, Tor S et al. The effect of trauma and confinement on functional health and mental health status of Cambodians living in Thailand-Cambodia border camps. *JAMA* 1993;270:581-6.
23. Mollica RF, McInnes K, Poole C et al. Dose effect relationships of trauma to symptoms of depression and post-traumatic stress disorder among Cambodian survivors of mass violence. *Br J Psychiatry* 1998;173:482-8.
24. De Jong JTVM, Komproe IH, Van Ommeren M et al. Lifetime events and posttraumatic stress disorder in 4 post conflict settings. *JAMA* 2001;286:555-62.
25. Van de Put W, Eisenbruch M. The Cambodian experience. In: de Jong JTVM (ed). *Trauma, war and violence: public mental health in socio-cultural context*. New York: Plenum 2002:93-156.
26. Eisenbruch M, De Jong JTVM, Van de Put W. Bringing order out of chaos: a culturally competent approach to managing the problems of refugees and victims of organized violence. *J Traum Stress* 2004;17:123-31.
27. Kinzie JD, Sack WH, Angell RH et al. Three-year follow-up of Cambodian young people traumatized as children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1989;28:501-4.
28. Human Rights Watch. *Into harm's way: forced return of displaced people to Chechnya*. <http://hrw.org/reports/2003/russia0103>.
29. Granville-Chapman C. Rape and other torture in the Chechnya conflict: documented evidence from asylum seekers arriving in the United Kingdom. <http://www.torture-care.org.uk/publications/reportChech.htm>.
30. de Jong K, van de Kam S, Ford N et al. The trauma of ongoing war in Chechnya: quantitative assessment of living conditions, and psychosocial and general health status among war displaced in Chechnya and Ingushetia. <http://www.uk2.msf.org/reports/chechnya.htm>.
31. de Jong K, van der Kam S, Ford N et al. Trauma of Chechnya's ongoing war on internally displaced people. *Lancet* 2004; 364:1008.
32. Amowitz LL, Kim G, Reis C et al. Human rights abuses and concerns about women's health and human rights in southern Iraq. *JAMA* 2004;291:1505-6.
33. Ahmad A, Sofi MA, Sundelin-Wahlsten V et al. Posttraumatic stress disorder in children after the military operation "Anfal" in Iraqi Kurdistan. *Eur J Child Adolesc Psychiatry* 2000;9:235-43.
34. Gorst-Unsworth C, Goldenberg E. Psychological sequelae of torture and organised violence suffered by refugees from Iraq. Trauma-related factors compared with social factors in exile. *Br J Psychiatry* 1998;172:90-4.
35. Bleich A, Gelkopf M, Solomon Z. Exposure to terrorism, stress related mental health symptoms, and coping behaviours among a nationally representative sample in Israel. *JAMA* 2003;290:612-20.
36. Benyamini Y, Solomon Z. Combat stress reactions, posttraumatic stress disorder, cumulative life stress, and physical health among Israeli veterans twenty years after exposure to combat. *Soc Sci Med* 2005;61:1267-77.
37. Karam EG, Howard DB, Karam AN et al. Major depression and external stressors: the Lebanon wars. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1998;248:225-30.
38. Bryce JW, Walker N, Ghorayeb F et al. Life experiences, response styles and mental health among mothers and children in Beirut, Lebanon. *Soc Sci Med* 1989;28:685-95.
39. Macksoud MS, Aber JL. The war experiences and psychosocial development of children in Lebanon. *Child Develop* 1996; 67:70-88.
40. Saab BR, Chaaya M, Doumit M et al. Predictors of psychological distress in Lebanese hostages of war. *Soc Sci Med* 2003;57:1249-57.
41. Sarraj EE, Qouta S. The Palestinian experience. In: Lopez-Ibor JJ, Christodoulou G, Maj M et al (eds). *Disasters and mental health*. Chichester: Wiley, 2005:229-38.
42. Mousa F, Madi H. Impact of the humanitarian crisis in the occupied Palestinian territory on people and services. Gaza: United Nations Relief and Works Agency for Palestinian Refugees in the Near East (UNRWA), 2003.
43. Qouta S. Trauma, violence and mental health: the Palestinian experience. Doctoral dissertation, Vrije Universiteit, Amsterdam, 2003.
44. Gourevitch P. *We wish to inform you that tomorrow we will be killed with our families: stories from Rwanda*. New York: Picador, 1999.
45. Pham PN, Weinstein HM, Longman T. Trauma and PTSD symptoms in Rwanda: implications for attitudes toward justice and reconciliation. *JAMA* 2004;292:602-12.
46. Somasundaram D, Jamunanatha CS. Psychosocial consequences of war: northern Sri Lankan experience. In: de Jong JTVM (ed). *Trauma, war and violence: public mental health in socio-cultural context*. New York: Plenum, 2002:205-58.
47. Steel Z, Silove D, Bird K et al. Pathways from war trauma to posttraumatic stress symptoms among Tamil asylum seekers, refugees and immigrants. *J Traum Stress* 1999;12:421-35.
48. Somasundaram DJ, Sivayokan S. War trauma in a civilian population. *Br J Psychiatry* 1994;165:524-7.
49. Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ). *Psycho-social assessment of ex-combatants of the DRP in Somaliland*. <http://www.vivofoundation.net/index.ph>.
50. United Nations Children's Fund (UNICEF). *From perception to reality – A study of child protection in Somalia*. Nairobi: UNICEF, 2004.
51. Paardekooper B, de Jong JT, Hermanns JM. The psychosocial impact of war and the refugee situation on south Sudanese children in refugee camps in northern Uganda: an exploratory study. *J Child Psychol Psychiatry All Discipl* 1999;40:529-36.
52. Kroll J. Posttraumatic symptoms and the complexity of response to trauma. *JAMA* 2003;290:667-70.
53. van Ommeren M, Saxena S, Saraceno B.

- Mental and social health during and after acute emergencies: emerging consensus? WHO Bull 2005;83:71-6.
54. World Health Organization Regional Office of the Eastern Mediterranean (EMRO). Health under difficult circumstances. Cairo: EMRO, 2002.
55. World Health Organization. Mental health in emergencies: psychological and social aspects of health of populations exposed to extreme stressors. Geneva: World Health Organization, 2003.

La salud de la población como argumento frente a la guerra

SANDRO GALEA, KATY WORTMAN

Center for Social Epidemiology and Population Health, Department of Epidemiology, University of Michigan School of Public Health, Ann Arbor, MI 48104-2548, USA

Hay pruebas abundantes de la existencia de una prevalencia elevada de trastornos psiquiátricos entre las personas que tienen la mala fortuna de haber sufrido una guerra, como combatientes o como población civil atrapada en el seno de un conflicto de gran envergadura (1-3). En el artículo de Murthy y Lakshminarayana se resumen de manera convincente estas pruebas y también se demuestra que las personas que son social o económicamente vulnerables, como los niños, los ancianos y —en muchos casos— las mujeres, presentan una susceptibilidad mayor frente a las consecuencias mentales de la guerra. También se demuestra que las situaciones de desplazamiento y los distintos factores estresantes o traumáticos pueden prolongar los síntomas y retrasar la recuperación. A pesar de que esta revisión se centra en los problemas de salud mental, no debe olvidarse que la guerra también se acompaña de elevados índices de mortalidad y morbilidad física, además de que existe una interrelación intensa entre la morbilidad física y la morbilidad psicológica: las personas que sufren lesiones físicas tienen más posibilidades de padecer trastornos mentales prolongados (4, 5), mientras que las que sufren enfermedades mentales tienen mayor probabilidad de presentar trastornos físicos (6).

La guerra implica un despliegue de fuerzas con las que un grupo pretende someter a otro. Por ello, quizá uno de los objetivos principales de la guerra es causar daño (físico y psicológico), como medio para forzar la rendición y el cese de las acciones de guerra. A pesar de que la guerra ha formado parte de la historia y la experiencia de la humanidad, la reaparición reciente de diversos conflictos entre naciones ha dado lugar a importantes discusiones políticas respecto a las guerras «justas», es decir, guerras aceptables (7-9). Los partidarios de esta noción señalan que la guerra, aunque tiene consecuencias adversas para las personas que se ven implicados en ella, puede ser justificable en función de las alternativas existentes. Sin embargo, nuestra opinión es que en el cálculo

que da lugar a la toma de decisiones sobre el inicio de una guerra y su posible aceptabilidad no suele tenerse en cuenta la enorme cantidad de pruebas que demuestran las consecuencias de la guerra sobre la salud mental y física (entre los combatientes y entre la población civil). Además, la contemplación del alcance de las consecuencias de la guerra sobre la salud de la población civil eleva sustancialmente el umbral respecto a las condiciones que podrían justificar realmente una guerra y, como tal, representa un argumento poderoso frente al inicio o al mantenimiento de un conflicto armado a gran escala.

Uno de los mitos de los «señores de la guerra» actuales es que la guerra se puede llevar a cabo de una manera «inteligente» por objetivos, centrando las hostilidades sobre los grupos de combatientes armados o sobre los líderes políticos, sin afectar a la población civil. Sin embargo, los datos existentes indican que es virtualmente imposible realizar una guerra que sólo afecte a los contraatacantes o a los responsables de las decisiones políticas y militares (10, 11). Las consecuencias de la guerra incluyen inevitablemente el deterioro de las estructuras sociales existentes, la exposición de la población civil al estrés y a situaciones traumáticas, la limitación del acceso de la población civil a los sistemas preventivos y asistenciales, y la aparición de índices elevados de trastornos mentales y físicos en personas que, muy posiblemente, no constituyan los objetivos del conflicto armado. En la mayoría de los casos, el deterioro de la salud de la población es una consecuencia inevitable de la guerra. Nos gustaría sugerir que los argumentos propuestos para una guerra «justa» sean contrapesados con las consecuencias adversas que posiblemente tendrá la guerra propuesta sobre la salud de la población, que continuará deteriorándose tras la finalización del conflicto.

Aunque este artículo se centra en la salud de la población como un fin en sí mismo, la enorme importancia de la salud para la consecución de otros fines y objetivos de la vida refuerza los argumentos contra la guerra basados en el daño que ésta ocasiona sobre la salud de la población. La salud es la condición indispensable para que las personas alcancen sus objetivos personales y, por extensión, la salud de la población es clave para la consecución de los objetivos sociales. Por lo tanto, al afectar negativamente la salud de la población civil, la guerra limita de manera efectiva las posibilidades de dicha población para alcanzar sus objetivos vitales. De esta manera, el impacto de la guerra sobre las sociedades civiles se extiende mucho más allá de la guerra en sí misma.

Las alteraciones psicológicas y físicas persisten durante muchos años después de la finalización de la guerra. Lamentablemente, nuestra apreciación del tiempo más allá de unos pocos años es limitada; esta limitación es reforzada por los medios de comunicación, cada vez más penetrantes, que pasan rápidamente a la próxima historia después de que una guerra «ha finalizado». Sin embargo, la guerra no suele «finalizar» en el transcurso de una generación. Las consecuencias de la guerra sobre la salud persisten y, como resultado de ello, también se mantienen las consecuencias sociales y económicas que configuran el resto de las experiencias de la generación de personas que ha sufrido la guerra. Quizá más alarmante todavía es el hecho de que en estudios recientes se ha sugerido la transmisión intergeneracional de los efectos de los traumas psicológicos (12, 13), lo que refuerza, adicionalmente, el impacto profundo y a largo plazo de la guerra.

Hay abundantes pruebas empíricas que demuestran las consecuencias sociales y económicas de una mala salud. Una de las más obvias es la sobrecarga que sufren los sistemas sanitarios asistenciales debido al elevado número de personas con problemas de salud, lo que conlleva un incremento de los costes económicos para atender a las personas que sufren problemas psicológicos o físicos. No obstante, los costes indirectos de una mala salud son igualmente importantes, a pesar de que a menudo se ignoran. Los problemas de salud se asocian a una productividad limitada, a la disminución de la participación de los individuos en las actividades sociales y a la sobrecarga de las redes y servicios sociales (formales e informales) (14). Es difícil estimar la suma total de estos costes, que van claramente mucho más allá de los correspondientes al sistema sanitario o a los servicios de salud pública. Por lo tanto, en cualquier cálculo realizado acerca de la «justicia» o aceptabilidad de cualquier guerra se debe considerar, como una de las consecuencias de la guerra, la sobrecarga económica que sufren las sociedades, agravada por el impacto causado sobre la salud de la población.

Tanto los conflictos armados entre naciones como las guerras más limitadas y los conflictos armados crónicos y de baja intensidad se asocian a un aumento de los problemas de salud mental y física a corto y a largo plazo. El efecto de este incremento de los trastornos en la población es intenso y persistente, y se acompaña de implicaciones sociales y económicas de gran alcance en las sociedades que soportan una guerra. Los responsables de la salud pública deben insistir para que las consecuencias de la guerra sobre la salud de

la población estén claramente definidas y formen parte de cualquier tipo de cálculo o de debate público relativo al inicio de una guerra.

Bibliografía

1. Friedman M, Schnurr P, McDonagh-Coyle A. Post-traumatic stress disorder in the military veteran. *Psychiatr Clin North Am* 1994;17:265-77.
2. Barenbaum J, Ruchkin V, Schwab-Stone M. The psychosocial aspects of children exposed to war: practice and policy initiatives. *J Child Psychol Psychiatry* 2004;45:41-62.
3. Karam E, Ghosn M. Psychosocial consequences of war among civilian populations. *Curr Opin Psychiatry* 2003;16:413-9.
4. Koren D, Norman D, Cohen A et al. Increased PTSD risk with combat-related injury: a matched comparison study of injured and uninjured soldiers experiencing the same combat events. *Am J Psychiatry* 2005;162:276-8.
5. O'Donnell ML, Creamer M, Bryant RA et al. Posttraumatic disorders following injury: an empirical and methodological review. *Clin Psychol Rev* 2003;23:587-603.
6. Arnow BA. Relationships between childhood maltreatment, adult health and psychiatric outcomes, and medical utilization. *J Clin Psychiatry* 2004;65(Suppl. 12):10-5.
7. Fisk M. Why they're just as bad as the rest; on wars for high principles. *Against the Current* 2003;18:20.
8. Mansbridge P. The rules of warfare: since 9/11, our definition of 'acceptable behaviour' has changed for the worse. *Maclean's* 2004;117:17.
9. Falk R. Defining a just war. *The Nation* 2001;11.
10. Al-Rubeyi B. Mortality before and after the invasion of Iraq in 2003. *Lancet* 2004;364:1834-5.
11. Docherty B, Garlasco M. Off target: the conduct of the war and civilian casualties in Iraq. New York: Human Rights Watch, 2003.
12. Portney C. Intergenerational transmission of trauma: an introduction for the clinician. *Psychiatric Times* 2003;20.
13. Abrams M. Intergenerational transmission of trauma: recent contributions from the literature of family systems approaches to treatment. *Am J Psychother* 1999;53:225.
14. Farooq S, Guitard I, McCoy D et al. Continuing collateral damage: the health and environmental costs of war on Iraq 2003. London: Medact, 2003.

sorprendente, debido a que el concepto de TEPT se origina a partir de las problemáticas secuelas de la Guerra de Vietnam. El TEPT fue introducido como entidad diagnóstica en el DSM en 1980. Sin embargo, la equiparación del TEPT a los problemas de salud que sufre el personal militar es una consideración simplista. Aproximadamente, el TEPT puede explicar el 25 % de los síntomas que surgen tras el despliegue militar, pero no otros graves problemas, como diversos síntomas físicos, la ansiedad, la depresión y los problemas relacionados con el uso de sustancias.

Durante el decenio de 1990, los estudios efectuados en los veteranos de la Guerra del Golfo demostraron la necesidad de aplicar un punto de vista más amplio. Los ejércitos norteamericano y británico se enfrentaron al problema de que un elevado número de combatientes militares presentaban problemas de salud tras su retorno de la Primera Guerra del Golfo. Estos militares se sentían «hechos polvo» y sufrían una amplia gama de síntomas. De hecho, experimentaron problemas de salud que son frecuentes en la población general. Sufrían los mismos problemas de salud, aunque con una frecuencia mucho mayor que la población civil y que los militares que no habían sido enviados al Golfo Pérsico (2).

Se formularon diversas hipótesis acerca de las causas de la enfermedad relacionada con la Guerra del Golfo. No se ha podido demostrar la existencia de un factor causal inequívoco, por ejemplo, la exposición a sustancias peligrosas. En aquel momento, los soldados holandeses de las Naciones Unidas (ONU) retornaron tras su despliegue en Camboya. Su salud también presentaba problemas. Los investigadores demostraron que el 17 % de los ex combatientes mostraba un cuadro de fatiga extrema. El TEPT fue detectado en menos del 2 % de los soldados (3).

Los síntomas que aparecen tras el despliegue pueden ser intensos, persistentes y crónicos. Una parte de los veteranos de la Guerra del Golfo y de Camboya sufre problemas significativos y no puede desembarazarse de ellos. La guerra también deja huellas a largo plazo. Veinticinco años después de su despliegue en el Líbano, aproximadamente el 15 % de los veteranos holandeses de la ONU todavía presentaba problemas psicológicos (4).

Murthy y Lakshminarayana subrayan la necesidad de realizar investigaciones sobre la evolución a largo plazo de los síntomas y síndromes relacionados con el estrés. Están en lo correcto al señalar la relativa escasez de estudios epidemiológicos a gran escala relativos a los trastornos mentales postraumáticos. Sin embargo, los estudios que se han realizado han dado lugar a resultados bastante claros: la guerra afecta en grado variable a todas las personas.

¿Cómo impedir que una situación traumática se convierta en un desastre?

MAAIKE DE VRIES

Impact Foundation, Dutch Knowledge and Advice Centre for Post-Disaster Psychosocial Care, Tafelbergweg 25, 1105 BC Amsterdam, The Netherlands

Hay muchas razones por las que la guerra no representa nada bueno para la humanidad; entre ellas, las consecuencias que acarrea sobre la salud mental. Murthy y Lakshminarayana revisan los estudios en los que se demuestra el impacto psicológico de los conflictos armados, del estrés y de la exposición a situaciones traumáticas. El mensaje es doble. La guerra puede dar lugar a importantes y persistentes trastornos psicológicos en la población civil. Al mismo tiempo, la mayor parte de las personas que residen en el teatro del conflicto armado muestra un elevado grado de resistencia. A pesar de la situación de guerra, estas personas no desarrollan problemas como el trastorno por estrés postraumático (TEPT), ansiedad o depresión.

Esta misma actitud se observa en el personal militar desplegado en misiones de paz en el extranjero. La mayor parte de los soldados vuelve a casa en condiciones de seguridad y salud. A menudo, estas personas manifiestan una actitud de autosatisfacción. Fueron capaces de realizar la tarea para la que se habían entrenado, tuvieron la oportunidad de contribuir a un mundo más seguro y, a menudo, reforzaron los vínculos con sus compañeros. La otra cara de la moneda está representada por una proporción pequeña pero significativa de militares que se enfrentan a un número importante de problemas de salud. Aproximadamente, la quinta parte de los soldados en misiones de paz desarrolla síntomas tras el despliegue (1).

El despliegue militar y las situaciones traumáticas van a menudo de la mano. Las alteraciones del estado de salud del personal militar son atribuidas a menudo al TEPT, no solamente por parte de las personas sin experiencia en estas cuestiones. El establecimiento de este vínculo no es

En este punto, se ingresa al campo de la asistencia psicosocial, un área de gran futuro que está experimentando un fuerte desarrollo. La evidencia y la práctica han demostrado el valor y la necesidad de la asistencia psicosocial, a pesar de las lagunas de conocimiento existentes en esta cuestión. Por ejemplo, todavía no se han definido tratamientos basados en la evidencia respecto a los síntomas físicos que no se pueden explicar desde un punto de vista médico. En cuanto a las intervenciones psicológicas tempranas que se realizan tras la exposición a una situación traumática, se sabe cuáles son las medidas que no son eficaces, pero no se sabe cuáles son las eficaces.

Los conflictos armados y las guerras pueden constituir un hecho vital. Son siempre causa de procesos traumáticos, de dificultades y de situaciones horribles, pero puede impedirse que una situación traumática se convierta en un desastre. Ésta es la razón por la que es necesario re-

alizar investigaciones acerca de estas cuestiones e invertir en asistencia psicosocial.

Bibliografía

1. De Vries M, Soetekouw PM, Van der Meer JW et al. Fatigue in Cambodia veterans. *QJM* 2000;93:283-9.
2. Wessely S. Ten years on: what do we know about the Gulf War syndrome? *Clin Med* 2001;1:28-37.
3. De Vries M, Soetekouw PM, Van der Meer JW et al. The role of post-traumatic stress disorder symptoms in fatigued Cambodia veterans. *Mil Med* 2002;167:790-4.
4. Mouthaan J, Dirkzwager A, De Vries M et al. Libanon laat ons nooit helemaal los. Resultaten van onderzoek naar de gezondheid in het welzijn van UNIFILers die in de periode 1979-1985 naar Libanon zijn uitgezonden. Doorn: Veteransinstitute, 2005.

familia son escasos, es posible que la única manera que encuentre para salir adelante sea el ofrecimiento de servicios sexuales (2). Por otra parte, sin embargo, su papel como cuidadora y brindadora de atención ejerce un efecto protector para la propia mujer, debido a que le permite ejercer una función reconocida y socialmente valorada, que le aporta un sentimiento de identidad.

En los países en guerra y en los que acaban de sufrir un conflicto armado no es frecuente que exista una asistencia médica adecuada. Las mujeres (al igual que los varones y los niños) pueden sufrir durante años problemas de salud inducidos por la guerra, sin recibir la asistencia médica apropiada (7). En algunos países, como en Afganistán, se impide el acceso de la mujer a la asistencia médica (8).

Las mujeres expresan con frecuencia síntomas de naturaleza somática y solicitan ayuda sin tener conocimiento de la naturaleza psicológica de dichos síntomas. El conocimiento de la psicoterapia puede ser limitado, y algunas mujeres pueden presentar incluso resistencia a hablar de los problemas psicológicos debido, en parte, a su temor a la estigmatización y, en parte, al hecho de que sus familias pueden contemplar como ilegítimo el tratamiento de los problemas psicológicos (9).

La existencia de una relación adecuada entre el terapeuta y la paciente, de manera que ésta pueda revelar sus experiencias traumáticas, presupone que el terapeuta tiene que prestar la atención debida tanto a lo que ocurre en la mente de la paciente como a su situación vital actual, especialmente en cuanto a la discriminación de género o a la desvalorización de la función que desarrolla en la sociedad.

Las normas culturales señalan cómo debe ser un comportamiento aceptable. Las mujeres que viven en campos de refugiados o en zonas de conflicto armado están sometidas a menudo a un control social intenso, debido a que se espera de ellas que respeten los patrones tradicionales y que muestren lealtad a sus antiguas costumbres. Pero estos patrones y costumbres tradicionales pueden no ser funcionales en la situación actual o no coincidir con los deseos de la mujer. Por ejemplo, una viuda puede ser sometida a una vigilancia estrecha respecto a su comportamiento, lo que no ocurre en el caso de un viudo, que muestra una libertad de movimientos mayor (10).

En una situación de posguerra, el terapeuta se enfrenta a la necesidad de mantener un delicado equilibrio entre su deseo de respetar los valores de la cultura de la paciente y su obligación de capacitarla y fortalecerla, alentando su autoestima y la confianza en sí misma.

Como terapeutas, tenemos que tener en cuenta el hecho de que la mayor parte de nosotros se ha formado en los conceptos

Consecuencias de la guerra sobre la salud mental: aspectos específicos del sexo

MARIANNE C. KASTRUP

Transcultural Psychiatry Centre, Psychiatric Department, Rigshospitalet, 2100 Copenhagen, Denmark

Las guerras modernas se llevan a cabo sobre la población civil. En la actualidad, se está produciendo un incremento significativo en el porcentaje de fallecimientos que tienen lugar en la población civil en las situaciones de conflicto armado; de hecho, hasta el 90 % de las muertes que se producen en las guerras actuales afecta a la población civil (1). En su revisión, Murthy y Lakshminarayana señalan que «las mujeres muestran una mayor vulnerabilidad frente a las consecuencias psicológicas de la guerra». En efecto, mujeres y varones quedan expuestos a distintas situaciones traumáticas en tiempos de guerra. Además, también hay diferencias entre varones y mujeres respecto a los problemas psicológicos padecidos, los mecanismos de superación utilizados y los umbrales para la aplicación del tratamiento. Por lo tanto, a pesar de la dificultad que ello conlleva, es necesario el uso de una perspectiva de género.

La guerra genera problemas de salud tanto inmediatos como a largo plazo en varones y mujeres, pero muchos aspectos de la guerra afectan de manera desproporcionada la salud de las mujeres, a través de cambios sociales que en los que deben obligadamente

involucrarse, relegando a un segundo plano aspectos fundamentales de su vida privada y su salud (2). En las áreas de guerra y de conflicto armado, las mujeres presentan una probabilidad mayor de afrontar situaciones de violencia comunitaria fuera de su hogar (3). Tal como señalan Murthy y Lakshminarayana, las mujeres pueden ser objeto de actos violentos, tal como se ha observado en los conflictos recientes, como los de Irak y los de la región de Darfur, en Sudán.

Las organizaciones internacionales reconocen de una manera cada vez más manifiesta los riesgos específicos a los que se enfrentan las mujeres en los campos de refugiados (4, 5). Las mujeres que buscan cobijo frente a las adversidades y penurias que acompañan a los conflictos armados pueden acabar sufriendo un hostigamiento adicional en un ámbito que debería constituir un entorno seguro (6).

Muchas de las mujeres afectadas por la guerra deben afrontar la responsabilidad principal del cuidado de la familia, al tiempo que desconocen el destino de sus maridos y se enfrentan a tareas nuevas y desconocidas. Si el hogar se enfrenta al desastre, la mujer puede ser incapaz de superar la situación, y la preocupación por las necesidades de su familia puede postergar la consideración de sus propias necesidades, especialmente si llega a una situación de viudedad. Si los medios para mantener a su

occidentales y en el ejercicio profesional en una sociedad de carácter individualista que otorga una gran importancia a la privacidad y la autonomía (11), mientras que muchas de las mujeres que experimentan las atrocidades de la guerra proceden de sociedades sociocéntricas, en las que característicamente se considera a la persona en función del papel que desempeña. En consecuencia, la imposibilidad de una mujer de ejercer adecuadamente su papel como esposa, madre o hija puede ser interpretada como su fracaso como persona.

La situación de la salud de la mujer se caracteriza a menudo por la existencia de diversos problemas debidos a la combinación de un pasado traumático y de un presente con numerosos factores estresantes. Además, las mujeres pueden estar sometidas a restricciones de su movilidad personal y a esfuerzos para adaptarse a nuevas funciones, lo que incrementa todavía más sus desventajas y su marginación (9).

La sociedad está obligada a desarrollar servicios asistenciales que tengan en cuenta los valores culturales y los aspectos relacionados con el sexo de los pacientes, respetando al mismo tiempo los derechos de las mujeres (12). Sin embargo, la realidad es que muchas mujeres experimentan que los servicios asistenciales agravan realmente su sometimiento y sus sentimientos de inferioridad, debido a que la asistencia prestada se

centra en los aspectos patológicos y en la reducción de la actividad, más que en la promoción de la salud y la recuperación. Hay que tener en cuenta que, si los servicios asistenciales disponibles son de este tipo, las mujeres obtendrán pocos beneficios al ser derivadas a ellos para su atención.

Como terapeutas, deberíamos trabajar para que las mujeres que solicitan tratamiento sean atendidas por un personal sanitario competente, que conozca sus características culturales y sea capaz de favorecer la autogestión y la autonomía en las actividades cotidianas de las pacientes (12).

Bibliografía

1. Ahlstrom C. Casualties of conflict: report for the world campaign for the protection of victims of war. Uppsala: Uppsala University, 1991.
2. Arcel LT, Kastrup M. War, women and health. *Nordic Journal of Women's Studies* 2004;12:40-7.
3. World Health Organization. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization, 2002.
4. United Nations High Commissioner for Refugees. Global consultations 25.04.2002. <http://www.unhcr.org>.
5. Arcel L. Sexual torture: still a hidden problem. *Torture* 2002;12:3-4.
6. Ekblad S, Kastrup M, Eisenman D et al. Interpersonal violence towards women: an overview and clinical directions. In: Walker P, Barnett E (eds). *Immigrant medicine*. Philadelphia: Elsevier (in press).
7. Arcel L, Popovic S, Kucukalic A et al (eds). *Treatment of torture and trauma survivors*. Sarajevo: Center for Victims of Torture, 2003.
8. Gardam GJ, Jarvis MJ. *Women, armed conflict and international law*. Boston: Kluwer Law International, 2001.
9. Kastrup M, Arcel L. Gender specific treatment. In: Wilson J, Drozdek B (eds). *Broken spirits. The treatment of traumatized asylum seekers, refugees, war and torture victims*. New York: Brunner Routledge, 2004:547-71.
10. Ramphel M. Political widowhood in South Africa. The embodiment of ambiguity. In: Kleinman A, Das V, Lock M (eds). *Social suffering*. Berkeley: University of California Press, 1997:99-117.
11. Landrine H. Cultural implications of cultural differences: the referential versus the indexical self. In: Goldberger NR, Veroff JB (eds). *The culture and psychology reader*. New York: New York University Press, 1995:744-66.
12. Pearson N, Lopez JP, Cunningham M (eds). *Recipes for healing*. Copenhagen: International Rehabilitation Council for Torture Victims, 1998.

Generación de evidencia e inclusión de ésta en una política inteligente: necesidad de realizar investigaciones para elaborar normativas políticas de salud mental en la posguerra

**BRADLEY D. STEIN,
TERRI L. TANELIAN**

RAND Corporation, Santa Monica, CA, USA

La revisión que realizan Murthy y Lakshminarayana de los resultados de las investigaciones sobre las consecuencias de la guerra y de los conflictos armados (a partir de ahora denominados simplemente «guerra») sobre la salud mental constituye un esbozo del importante avance en los conocimientos acerca de esta cuestión a lo largo de los 30 últimos años, y también subraya el largo camino que queda por recorrer.

A pesar de que en los estudios analizados por los autores se ofrece una instantánea del impacto psicológico de las guerras, se dispone de escasa información empírica que pueda servir para elaborar políticas públicas que consideren la mejor forma de abordar

las necesidades relativas a la salud mental de las personas afectadas directa o indirectamente por la guerra. Sin embargo, es necesario obtener urgentemente esta información, debido a que los recursos disponibles para abordar las necesidades de salud mental en las situaciones de posguerra son a menudo limitados, tanto en cuanto al número de individuos preparados adecuadamente para abordar los problemas de salud mental como en cuanto a la financiación de los servicios de salud mental. Debido a ello, durante la reconstrucción posterior a la guerra, a menudo es necesario tomar decisiones difíciles al tener que establecer prioridades entre las necesidades de salud mental y otros requerimientos, como la provisión de servicios médicos, la atención de los problemas de salud física, el aliento al desarrollo económico, el mantenimiento de la seguridad y la construcción de viviendas seguras y ade-

cuadas (1). También se deben tomar decisiones respecto a qué deben proporcionar los servicios de salud mental, quiénes son los beneficiarios, quiénes deben proporcionar los servicios y en qué período de tiempo se deben llevar a cabo las acciones que se establezcan. Teniendo en cuenta que existen dificultades de carácter ético y logístico para obtener esta información en el período inmediatamente posterior a una guerra, a continuación se incluye una lista de cuestiones que deberían ser abordadas por las investigaciones, a fin de garantizar que los escasos recursos existentes sean utilizados de la manera más adecuada para reducir la morbilidad psiquiátrica o psicológica.

¿Cómo se podría identificar a los individuos que requieren intervención, y cuándo se debería realizar dicha intervención? En el período inmediatamente posterior a otras situaciones traumáticas na-

cionales (p. ej., desastres naturales, violencia en la comunidad, etc.), los síntomas psicológicos o emocionales que sufren muchas personas suelen disminuir gradualmente o presentar con el tiempo modificaciones en su frecuencia, naturaleza y gravedad (2, 3). Además, los individuos sintomáticos no siempre muestran disminución en sus capacidades (4). No obstante, estos hallazgos se refieren a grupos de población expuestos a acontecimientos que son menos penetrantes y traumáticos que las guerras. El conocimiento más detallado de los efectos de la exposición a la guerra sobre la evolución longitudinal y sobre el desarrollo podría mejorar las posibilidades de dirigir las intervenciones hacia aquellos individuos que más las necesitan y en el momento en el que las necesitan. El abordaje óptimo de las necesidades de salud mental de los individuos expuestos requiere una consideración detallada de la forma y el momento más adecuados para la aplicación de los recursos, de manera que en algunos casos puede ser necesaria la participación de los responsables de las políticas sanitarias, a fin de realizar un adecuado balance entre las intervenciones de carácter agudo —dirigidas hacia la solución de las necesidades más acuciantes— y las estrategias de largo alcance, dirigidas hacia la solución de una amplia gama de problemas de salud mental persistentes que pueden producirse como consecuencia de la exposición a la guerra.

¿Cómo seleccionar e implementar intervenciones eficaces? Es necesario realizar nuevas investigaciones para desarrollar e implementar las intervenciones más adecuadas para abordar y satisfacer las necesidades de salud mental de las personas expuestas a la guerra. Diversos grupos de consenso constituidos por expertos han señalado los principales aspectos que deberían tenerse en cuenta en estas intervenciones (5). Entre estos elementos clave están el abordaje de la situación traumática vivida por el individuo en el contexto de su familia, de la comunidad y de la sociedad en la que se desarrolla (6), considerando las influencias culturales sobre la experiencia del individuo expuesto (7) y teniendo en cuenta que las intervenciones apropiadas en el contexto de un conflicto en curso, con secuelas inmediatas, pueden ser diferentes de las que tienen lugar en períodos posteriores, con secuelas a largo plazo (5). Al tiempo que hay una base de evidencia cada vez mayor acerca de las intervenciones eficaces sobre las personas que han sufrido situaciones traumáticas (8), siguen siendo muy escasos los datos empíricos que permitan guiar a las autoridades sanitarias y a los clínicos con respecto a las intervenciones óptimas dirigidas a los individuos expuestos a la guerra.

¿Cómo y dónde se deben suministrar los servicios de salud mental en las situaciones en las que ha quedado destruido el sis-

tema asistencial? Las autoridades sanitarias y los clínicos deben definir la mejor manera de abordar las necesidades en salud mental de los individuos en los contextos existentes en una comunidad en la que ha tenido lugar una situación de guerra. Esta medida puede ofrecer dificultades especiales, puesto que la infraestructura necesaria para suministrar asistencia en salud mental queda a menudo destruida durante el conflicto (9). También es necesario tener en cuenta que muchos de los conflictos tienen lugar en países empobrecidos, en los que el sistema de provisión de asistencia en salud mental es ya muy limitado antes del conflicto.

Se han efectuado grandes progresos en cuanto a la comprensión del impacto psicológico de la guerra sobre los individuos afectados. El reto al que nos enfrentamos en los decenios venideros es el de adquirir la capacidad para tomar decisiones más fundamentadas sobre la mejor forma de abordar las necesidades psicológicas de estas personas.

Bibliografía

1. Dobbins J, McGinn JG, Crane K et al. America's role in nation-building: from Germany to Iraq. Santa Monica: Rand Corporation, 2003.
2. Galea S, Vlahov D, Resnick H et al. Trends of probable post-traumatic stress disorder in New York City after the September 11 terrorist attacks. *Am J Epidemiol* 2003; 158:514-24.
3. Silver RC, Holman EA, McIntosh DN et al. Nationwide longitudinal study of psychological responses to September 11. *JAMA* 2002;288:1235-44.
4. Shalev AY, Tuval-Mashiach R, Hadar H. Posttraumatic stress disorder as a result of mass trauma. *J Clin Psychiatry* 2004;65 (Suppl. 1):4-10.
5. Eisenman D, Weine S, Green B et al. The ISTSS/RAND guidelines on mental health training of primary care providers for trauma exposed populations in conflict-affected countries. *J Traum Serv* (in press).
6. Fairbank JA, Friedman MJ, de Jong J et al. Intervention options for society, communities, families, and individuals. In: Green BL, Friedman MJ, de Jong J et al (eds). *Trauma interventions in war and peace: prevention, practice, and policy*. New York: Kluwer/Plenum, 2003:57-72.
7. Green BL. Traumatic stress and its consequences. In: Green BL, Friedman MJ, de Jong J et al (eds). *Trauma interventions in war and peace: prevention, practice, and policy*. New York: Kluwer/Plenum, 2003: 17-32.
8. Ursano RJ, Bell C, Eth S et al. Practice guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry* 2004; 161(Suppl.):3-31.
9. Jones SG, Hilborne LH, Anthony CR et al. Securing health: lessons from nation-building missions. Santa Monica: Rand Corporation (in press).

El terrorismo y sus efectos sobre la salud mental

ITZHAK LEVAV

Mental Health Services, Ministry of Health, Jerusalem, Israel

A pesar del mandato bíblico «No matarás», la guerra sigue estando presente de manera conspicua a lo largo de todo el mundo, tal como señalan Murthy y Lakshminarayana en su artículo. Obviamente, ni la muerte es el único resultado de la guerra (la morbilidad psiquiátrica y la discapacidad están entre los abundantes resultados negativos de los conflictos armados), ni las víctimas son únicamente los militares profesionales. La población civil, a la que no se le ahorra ninguno de los horrores de la guerra, constituye el objetivo principal del terrorismo. En efecto, el terrorismo es una actividad de carácter hostil que se dirige principalmente hacia las personas del ámbito civil y que persigue el obje-

tivo de conseguir una serie de ventajas de tipo político o de cualquier otro tipo. Lamentablemente, los ataques terroristas, más que las guerras, acaparan actualmente los titulares de las noticias en la mayor parte de las regiones del mundo.

Los investigadores en salud mental están evaluando los efectos del terrorismo sobre los individuos y sobre las comunidades. Mientras que algunos de ellos subrayan los efectos psicopatológicos del terror (1), otros se centran en el sufrimiento humano, que no es sinónimo de morbilidad psiquiátrica (2), así como sobre los factores de carácter comunitario y cultural que permiten soportar los efectos estresantes del terror (3). Aunque la discusión entre estas dos posiciones está abierta, no deberían ser puntos de vista excluyentes. Los datos existentes hasta el momento no permiten establecer la conclusión prematura de que se deban descartar las ac-

ciones psiquiátricas directas o indirectas, ni tampoco que el único objetivo de las intervenciones sea el individuo. Puede ser aconsejable, por lo tanto, un enfoque equilibrado. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha propuesto una serie de directrices para ser aplicadas en las situaciones de emergencia, en las que se respalda, implícitamente, este punto de vista (4).

El hecho de que «alguien sufra un acto de violencia o sea testigo de éste» no significa que esta persona «desarrolle de manera inevitable un cuadro de morbilidad psiquiátrica» (5). Tras los ataques que tuvieron lugar en Nueva York el 11 de septiembre de 2001 se observó que «en la fase inmediatamente posterior a los ataques terroristas, muchos norteamericanos [...] consideraron que sus dificultades psicológicas eran una reacción "normal", más que «un trastorno que requería asistencia [psiquiátrica]» (6). Bleich y cols. (7), en un estudio efectuado durante una serie de ataques terroristas intensos en Israel, observaron que los índices de trastorno por estrés postraumático (TEPT) eran inesperadamente bajos (tan sólo del 5,3 %), a pesar de las amenazas y las pérdidas que había sufrido la población en todo el país. En otro estudio acerca del uso de los servicios psiquiátricos en Jerusalén durante un período de escalada terrorista (2000-2004) se observó que las personas residentes en las ciudades no acudían a los servicios psiquiátricos (gratuitos y de fácil acceso) sino que, en vez de ello, solicitaban apoyo a los médicos generales y a servicios telefónicos nacionales de ayuda durante las 24 horas (8).

Las pruebas existentes hasta el momento permiten suponer que hace falta algo más que un agente causal (p. ej., la amenaza para la vida) para provocar la aparición de un trastorno psicopatológico. En efecto, el papel que desempeña el entorno tiene gran importancia; es un componente de la tríada epidemiológica que ha sido abandonado en favor de la consideración de los factores relacionados con el individuo (p. ej., el sexo o la edad de la víctima). En el estudio de Solomon y Laufer con adolescentes (9) y en los estudios de Shalev y cols. (10), Kaplan y cols. (11) y Billig y cols. (12) con adultos, se ha identificado un grupo de factores (como las creencias religiosas, los compromisos ideológicos y el capital social) que inducen un efecto de protección de los grupos comunitarios expuestos intensamente a ataques terroristas que ocasionan la pérdida de seres queridos, la aparición de lesiones físicas y la destrucción de las propiedades. Por otra parte, no implica una redundancia tener en cuenta que «La ideología y el compromiso religioso también muestran un lado oscuro. [...] Cuánto más centrado está un individuo en su grupo, menos abierto permanece frente a otras ideologías o ideas religiosas. Así, la ideología y la religiosidad se pueden utilizar

como un bálsamo curativo, pero también pueden constituir un arma peligrosa. Esto es especialmente cierto en nuestra región [Oriente Medio]». (13).

El artículo de Murthy y Lakshminarayana deja abierta parcialmente la puerta a la esperanza en que, a través del avance de las investigaciones sobre los efectos de guerra sobre la salud mental, los psiquiatras puedan responder al requerimiento, efectuado por los Estados Miembro de la OMS, de diseñar medidas que permitan reparar los daños psíquicos que sufre la población civil. No obstante, dentro del ámbito de la psiquiatría es posible llevar a cabo otras tareas. Asumiendo el riesgo de plantear iniciativas idealistas —que los escépticos rechazarían—, es posible plantearse si lo que han propuesto Murthy y Lakshminarayana es realmente todo lo que pueden hacer los psiquiatras. Hay muchas otras posibilidades abiertas para los psiquiatras que, por la naturaleza de su profesión, transitan el sendero de la salud y la paz, más que el de la guerra. Los psiquiatras y otros profesionales de la salud mental que ejercen en los países en conflicto pueden participar colaborando en diversas iniciativas (p. ej., la enseñanza, el intercambio de experiencias en el desarrollo de programas y servicios, la comunicación), para lo cual recibirían el apoyo activo, persistente y continuo de la WPA. Un aspecto importante es que sus esfuerzos pueden contribuir a que las sociedades en las que ejercen comprendan claramente que en los conflictos armados no hay vencedores, sino que todos son vencidos. El modelo de colaboración en los Balcanes, en el que la salud mental se convirtió en un puente hacia la reconciliación, dentro del marco del «Pacto de estabilidad», es un ejemplo concreto de lo que se puede conseguir cuando se utiliza un lenguaje de unificación y cuando los esfuerzos de este tipo son reforzados por el apoyo decidido de organismos o instituciones que no toman parte en el conflicto.

Agradecimientos

J. Levav efectuó la revisión del primer borrador de este artículo.

La tragedia de la guerra

DAYA SOMASUNDARAM

Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, University of Jaffna, Sri Lanka

Las terribles consecuencias de la guerra, especialmente con respecto a la población ci-

Bibliografía

1. Galea S, Ahern J, Resnick H et al. Psychological sequelae of the September 11 terrorist attacks in New York City. *N Engl J Med* 2002;346:982-7.
2. Wessely S. War and the mind. Psychopathology or suffering? *Palestine-Israel J* 2003;4:6-16.
3. Hobfoll S. Been down so long it looks like up. *Palestine-Israel J* 2003;4:17-23.
4. World Health Organization. Mental health in emergencies: psychological and social aspects of health of populations exposed to extreme stressors. Geneva: World Health Organization, 2003.
5. Curran PS, Miller PW. Psychiatric implications of chronic civilian strife or war: Northern Ireland. *Adv Psychiatr Treatment* 2001;7:73-80.
6. Drus BG, Marcus SC. Use of psychotropic medications before and after Sept. 11, 2001. *Am J Psychiatry* 2004;161:1377-83.
7. Bleich A, Gelkopf M, Solomon Z. Exposure to terrorism, stress related mental health symptoms, and coping behaviours among a nationally representative sample in Israel. *JAMA* 2003;290:612-20.
8. Levav I, Nobikov I, Grinshpoon A et al. Health services utilization in Jerusalem under terrorism. *Am J Psychiatry* (in press).
9. Solomon Z, Laufer A. In the shadow of terror: changes in world assumptions in Israeli youth. In: Danieli Y, Brom D, Sills J (eds). *The trauma of terrorism: sharing knowledge and shared care. An international handbook*. New York: Haworth Press, 2005:353-64.
10. Shalev AY, Tuval-Mashiach R, Hadar H. Posttraumatic stress disorder as a result of mass trauma. *J Clin Psychiatry* 2004;65 (Suppl. 1):4-9.
11. Kaplan Z, Matar MA, Kamin R et al. Stress-related responses after 3 years of exposure to terror in Israel: are religious-ideological factors associated with resilience. *J Clin Psychiatry* 2005;66:1146-54.
12. Billig M, Kohn R, Levav M. Anticipatory stress in the face of forceful removal of Israelis from Gaza. Submitted for publication.
13. Laufer A. Psychological growth in the aftermath of terrorist attacks. *Palestine-Israel J* 2003;4:30-6.

vil, han sido adecuadamente destacadas por Murthy y Lakshminarayana a través de la evaluación de las consecuencias psicológicas de los conflictos armados actuales. La naturaleza y el tipo de ese desastre causado por la mano del hombre, denominado «guerra», han sufrido modificaciones en los últimos

tiempos. Desde la lucha directa entre los países para la conquista de nuevos territorios y las guerras mundiales en las que participaron varios países en cada uno de los bandos en conflicto, las guerras se han convertido, con una frecuencia cada vez mayor, en conflictos internos que se desarrollan en el interior de países concretos y que implican la lucha entre grupos de carácter étnico o de cualquier otro tipo, a través de conflictos de «baja intensidad» que afectan principalmente a los países pobres del Tercer Mundo.

Se ha estimado que desde 1945 han existido aproximadamente 150 guerras de este tipo, de manera que en el 90 % de ellas sólo ha participado la población civil. Según Bracken y cols. (1), el elemento predominante es el uso del terror para el control social, incluso, si es necesario, a través de la destrucción de las bases sociales, económicas y culturales de la comunidad. El objetivo es a menudo la población civil, más que el territorio, y, por ello, el terror psicológico representa el elemento central. Las atrocidades constituyen la norma, incluyendo las masacres de civiles, las represalias, los bombardeos, los desplazamientos en masa, las desapariciones y la tortura. En consecuencia, los efectos sobre la salud mental (por no mencionar los costes sociales, económicos, culturales y de otro tipo) son abrumadores. Los resultados de los estudios realizados en Afganistán, los Balcanes, Camboya, Chechenia, Irak, Israel, Líbano, Palestina, Ruanda, Sri Lanka, Somalia y Uganda demuestran las consecuencias devastadoras de estos hechos.

Lamentablemente, en estas circunstancias los recursos existentes para ayudar a las personas afectadas son extremadamente limitados. En particular, la infraestructura de los servicios sanitarios puede quedar destruida, desapareciendo los profesionales sanitarios, los equipos y los medicamentos. Puede no existir ninguna forma de servicios de salud mental (2) o estos servicios pueden funcionar únicamente de un modo muy básico.

Es nuestro deber como clínicos la búsqueda de soluciones a estas secuelas. En este caso, aún son insuficientes los estudios relativos a la eficacia de los distintos métodos.

Obviamente, la prevención primaria de la guerra en sí misma sería la mejor medida. Sin embargo, es más fácil decir esto que hacerlo. Los psiquiatras pueden percibir una sensación de debilidad e indefensión en el momento es que es necesario tomar decisiones o encontrar soluciones. Sin embargo, los profesionales de la salud mental que ejercen en las áreas de conflicto armado han empezado a tomar conciencia de que, como profesionales de la salud, no pueden permanecer en silencio sino que deben tener en cuenta los principios éticos y tomar partido por las víctimas y por la sociedad (3, 4). La voz de los médicos tiene un gran poder

de persuasión y convencimiento, especialmente, si se eleva serenamente una voz firme a favor de la paz. Los informes, las explicaciones y las publicaciones son sólo algunos de los medios a través de los cuales los médicos pueden manifestar sus opiniones. Los estudios y las encuestas acerca de las consecuencias de la guerra pueden ser instrumentos de gran utilidad para la información y para persuadir a las autoridades para que utilicen métodos más pacíficos para la resolución de los conflictos. Por otra parte, en sus actividades y contactos cotidianos los médicos pueden adoptar una postura firme sobre las distintas cuestiones y expresar su preocupación, por ejemplo, por aspectos como las minas antipersona, los niños-soldado y la tortura. También es posible participar, con los objetivos de prevención y reconciliación, en la elaboración de las políticas públicas nacionales y en la formulación e implementación de programas internacionales de rehabilitación y ayuda. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha desarrollado el concepto de utilizar «la salud como el puente para la paz» (*health as a bridge for peace*, HBP). Desde un punto de vista internacional, muchos de los miembros de la profesión médica (individualmente o como grupo) se han pronunciado con firmeza en contra de la guerra. Diversas organizaciones médicas –como la World Medical Association (WMA); las asociaciones médicas de Chile, Dinamarca y Gran Bretaña; la US Physicians for Human Rights; la American Public Health Association; y la South African National Medical and Dental Association (NAMDA)– han expuesto claramente su preocupación por los efectos de la violencia organizada y de la guerra.

La prevención secundaria implica el tratamiento de los individuos de la población civil que sufren los trastornos psiquiátricos señalados en el artículo de Murthy y Lakshminarayana (5). Parece existir una controversia en cuanto a los términos y los abordajes terapéuticos. Un factor que puede limitar la gama de acciones posibles es una concepción demasiado estrecha de la salud mental, que la circunscribe al extremo psiquiátrico o médico del espectro de salud, sin incluir los problemas psicosociales más generales que aparecen tras una calamidad importante (6). Por otra parte, no está claro cuáles son los métodos eficaces en estas situaciones. La práctica actual abarca desde los primeros auxilios psicológicos y la intervención en crisis en el período inmediatamente posterior a la situación de conflicto, hasta los abordajes a largo plazo mediante psicoterapia, terapia cognitivo-conductual, métodos tradicionales de relajación, ritos y medidas curativas tradicionales, farmacoterapia, trabajo familiar y de grupo, y rehabilitación socioeconómica. La OMS (7) ha ofrecido las líneas básicas para actuar en las situaciones de emergencia. Es necesario im-

plementar programas especiales para abordar las necesidades específicas de los grupos de población vulnerables, que se encuentran en gran riesgo, como las mujeres, los niños, los ancianos y los discapacitados. Teniendo en cuenta las importantes consecuencias que afectan a una elevada proporción de la población civil, la mayor parte de las autoridades acepta el hecho de que los abordajes más apropiados son los abordajes fundamentados en la participación comunitaria (8). Las medidas psicoeducativas con respecto al entrenamiento en habilidades simples que favorezcan la salud mental, dirigidas a la población general y a los trabajadores de salud mental, a través del uso de manuales como el *Mental Health of Refugees* de la OMS (9), adaptado al contexto cultural local, son abordajes eficaces para aliviar la mayor parte de los efectos patológicos básicos.

En cuanto a la prevención terciaria, un abordaje prudente es la aplicación de intervenciones psicosociales integradas con las iniciativas de rehabilitación y reconstrucción. En este caso, es importante recurrir a las prácticas tradicionales, incluyendo los ritos y las ceremonias de carácter cultural, para comprender y otorgar un significado a lo que ha ocurrido. Es necesario fomentar y promover la resistencia natural de las comunidades y sus estrategias de superación. El problema global de una situación traumática colectiva puede ser mejor abordado a través de las intervenciones aplicadas en el ámbito comunitario. Por otra parte, los abordajes de tipo comunitario permiten tomar como objetivo una población de mayor tamaño, actuar sobre ella, y llevar a cabo, al mismo tiempo, actividades de promoción de la salud mental pública. En estas circunstancias, es importante emprender acciones que impacten en los diferentes sectores de la comunidad y, en consecuencia, evaluar la forma de respuesta de la comunidad en su conjunto. Por ejemplo, puede ser útil considerar el fortalecimiento y la reconstrucción de las redes familiares y de las diversas estructuras comunitarias, así como el restablecimiento de los procesos sociales positivos, de las relaciones y de las instituciones. Es esencial evitar el desarrollo de los mecanismos de dependencia y de «indefensión aprendida» que se observan con tanta frecuencia en los campos de desplazados y refugiados, debido a los procedimientos de ayuda inadecuados, la pasividad, la «conspiración de silencio» y la resignación que tienen lugar a consecuencia del uso crónico de la violencia. La participación local, los resentimientos, el sustento, la generación de ingresos económicos y el entrenamiento profesional son importantes para la reintegración de las poblaciones afectadas en su entorno social y nacional, facilitando en estas poblaciones el desarrollo de autoconfianza, autoestima, dignidad y motivación.

Bibliografía

1. Bracken PJ, Petty C, Summerfield D. Rethinking the trauma of war. New York: Save the Children Alliance and Free Association Books, 1998.
2. Somasundaram DJ, van de Put W, Eisenbruch M et al. Starting mental health services in Cambodia. Soc Sci Med 1999;48:1029-46.
3. Armenian HK. Perceptions from epidemi-

ological research in an endemic war. Soc Sci Med 1989;28:643-7.

4. Zwi A, Ugalde A. Towards an epidemiology of political violence in the third world. Soc Sci Med 1989;14:633-46.
5. Somasundaram DJ. Treatment of massive trauma due to war. Adv Psychiatr Treatment 1997;3:321-31.
6. Psychosocial Working Group. Psychosocial intervention in complex emergencies: a framework for practice. Edinburgh: Centre for Health Studies, Queen Margaret University College, 2005.

tre for Health Studies, Queen Margaret University College, 2005.

7. World Health Organization. Mental health in emergencies. Geneva: World Health Organization, 2003.
8. De Jong JTVM (ed). Trauma, war and violence: public mental health in socio-cultural context. New York: Plenum, 2002.
9. World Health Organization. Mental health for refugees. Geneva: World Health Organization, 1999.

La guerra y los trastornos mentales en África

FRANK G. NJENGA¹,
ANNA N. NGUITHI¹,
RACHEL N. KANG'ETHE²

¹Upper Hill Medical Center, Nairobi, Kenya

²Department of Psychiatry, University of Nairobi, Kenya

En este momento, todavía hay muchas guerras que siguen afectando a los países africanos, de oriente a occidente y de norte a sur, con una incidencia muy elevada de africanos gravemente traumatizados (1). En su capítulo del volumen publicado recientemente *Essentials of clinical psychiatry for sub-Saharan Africa*, Musisi (2) señala la enorme importancia de los traumas físicos y psicológicos que, a consecuencia de la guerra, sufrieron los ugandeses tanto en sus hogares como en los puntos de control militar o en los centros de detención. Los trastornos mentales observados con mayor frecuencia fueron: trastorno por estrés post-traumático (TEPT) (39,9 %), depresión (52 %), ansiedad (60 %) y trastorno de somatización (72,2 %). La prevalencia del comportamiento suicida fue del 22,7 % y la de abuso del alcohol del 18,2 %.

Estas cifras increíblemente elevadas de trastornos mentales en los ugandeses afectados por la guerra han quedado reflejadas también en otro estudio publicado recientemente sobre los keniatas desplazados en su propio país a consecuencia de los choques étnicos en diversas partes del territorio. Njau (3) observó en esta población fuertemente traumatizada una prevalencia del 80,2 % del TEPT entre los jefes de familia. Neuner y cols. (4) estudiaron una muestra aleatoria de 3.339 refugiados en la región del Nilo Occidental que incluía a ugandeses y a sudaneses, y observaron que el 31,6 % de los varones y el 40,1 % de las mujeres cumplía los criterios diagnósticos del TEPT según el DSM-IV. Estos investigadores también detectaron un incremento casi lineal de las dificultades psicológicas en función del nú-

mero de episodios traumáticos sufridos, desde una prevalencia de TEPT del 23 % en las personas que señalaron haber sufrido tres o menos experiencias traumáticas hasta una prevalencia del 100 % en las personas que indicaron haber sufrido 28 o más episodios traumáticos. En un estudio reciente, Pham y cols. (5) observaron que de los 2.091 participantes que sobrevivieron al genocidio de Ruanda de 1994, el 24,8 % cumplía los criterios sintomáticos del TEPT.

Todos estos estudios muestran que en la población africana se manifiesta el TEPT de un modo muy reconocible. Sin embargo, esta realidad contrasta con la convicción de algunos expertos (6) que señalan que el TEPT en África es unseudodiagnóstico realizado por los organismos occidentales para medicalizar las consecuencias sociales comprensibles de la guerra, implantando así modelos terapéuticos occidentales inapropiados para la sociedad africana. Es precisamente este tipo de concepción errónea lo que hace que África se mantenga al margen del resto del mundo en cuanto a la conceptualización del TEPT. Hay abundantes pruebas que muestran que la conceptualización occidental del TEPT tiene validez entre los africanos y que los supervivientes de la guerra en África pueden sufrir frecuentemente los síntomas del TEPT (7-9).

Se espera que este Foro pueda estimular líneas de pensamiento y acción no solamente entre los académicos africanos sino también entre los organismos de ayuda. Todo ello debería mostrar la realidad de que la prevalencia de los trastornos mentales en África es extremadamente elevada, quizás como resultado directo de las guerras que han obligado a muchas personas a vivir como refugiados.

Mientras que la atención de los africanos y del resto del mundo se ha centrado (correctamente) durante los últimos decenios en las enfermedades infecciosas como el VIH/SIDA, actualmente parece razonable aceptar que las consecuencias sobre la salud

mental de las guerras y los desplazamientos están contribuyendo de manera significativa al retraso del continente africano respecto a la consecución de los objetivos de desarrollo planteados para el milenio.

El artículo de Murthy y Lakshminarayana plantea diversas cuestiones que, en el contexto africano, exigen respuestas. La primera de ellas está relacionada con la evolución a largo plazo de las personas que han experimentado situaciones traumáticas durante el transcurso de las distintas guerras. A pesar de que en Mozambique (10) se propuso la posibilidad de que los índices de TEPT podían disminuir con el paso del tiempo, en otros estudios realizados con seguimiento a largo plazo no se ha observado esta forma de evolución (11, 12). En efecto, 8 años después del genocidio de Ruanda, la cuarta parte de la población estudiada seguía sufriendo un TEPT diagnosticable (7).

De acuerdo con las cifras actuales de africanos que han experimentado situaciones traumáticas en Sudán, Sierra Leona, República Democrática de Congo, Costa de Marfil, Somalia y otros países africanos, y teniendo en cuenta los mencionados efectos a largo plazo, puede concluirse que existen millones de personas en África que necesitan ayuda.

Las intervenciones de carácter comunitario como las que se han llevado a cabo en Mozambique (10) han dado lugar a algunos resultados prometedores, así como a iniciativas del tipo de la South Africa Truth and Reconciliation Commission (13).

World Psychiatry 2006; 4: 31-39

Bibliografía

1. Njenga FG, Kigamwa P, Okonji M. Africa: the traumatised continent, the continent with hope. *International Psychiatry* 2003; 1:4-7.
2. Musisi S. War and mental health in Africa. In: Njenga FG, Acuda W, Patel V et al

- (eds). *Essentials of clinical psychiatry for sub-Saharan Africa*. Milan: Masson, 2005: 216-20.
3. Njau JW. Post-traumatic stress disorder among the heads of households of ethnic clashes survivors in the Rift Valley Province, Kenya: a comparative study. Thesis, University of Nairobi, 2005.
 4. Neuner F, Schauer M, Karunakara U et al. Psychological trauma and evidence for enhanced vulnerability for posttraumatic stress disorder through previous trauma among West Nile refugees. *BMC Psychiatry* 2004;4:34.
 5. Pham PN, Weinstein HM, Longman T. Trauma and PTSD symptoms in Rwanda: implications for attitudes toward justice and reconciliation. *JAMA* 2004;292:602-12.
 6. Summerfield D. A critique of seven assumptions behind psychological trauma programmes in war-affected areas. *Soc Sci Med* 1999;48:1449-62.
 7. Bolton P. Cross-cultural validity and reliability testing of a standard psychiatric assessment instrument without a gold standard. *J Nerv Ment Dis* 2001;189:238-42.
 8. Carey PD, Stein DJ, Zungu-Dirwayi N et al. Trauma and posttraumatic stress disorder in an urban Xhosa primary care population: prevalence, comorbidity, and service use patterns. *J Nerv Ment Dis* 2003;191: 230-6.
 9. Dinan BA, MacCall GJ, Gibson D. Community violence and PTSD in selected South African townships. *J Interpersonal Violence* 2004;19:727-42.
 10. Igreja V, Kleijn WC, Schreuder BJ et al. Testimony method of ameliorating post-traumatic stress symptoms: community-based intervention study with Mozambican civil war survivors. *Br J Psychiatry* 2004;184:251-7.
 11. Sabin M, Lopes Cardozo B, Nackerud L et al. Factors associated with poor mental health among Guatemalan refugees living in Mexico 20 years after civil conflict. *JAMA* 2003;290:635-42.
 12. Benyamini Y, Solomon Z. Combat stress reactions, posttraumatic stress disorder, cumulative life stress, and physical health among Israeli veterans twenty years after exposure to combat. *Soc Sci Med* 2005; 61:1267-77.
 13. Kaminer D, Stein DJ, Mbanga I et al. The Truth and Reconciliation Commission in South Africa: relation to psychiatric status and forgiveness among survivors of human rights abuses. *Br J Psychiatry* 2001;178: 373-7.

Primer episodio de psicosis y origen étnico: resultados iniciales del estudio AESOP

CRAIG MORGAN, PAOLA DAZZAN, KEVIN MORGAN, PETER JONES, GLYNN HARRISON, JULIAN LEFF, ROBIN MURRAY, PAUL FEARON, EN REPRESENTACIÓN DEL AESOP STUDY GROUP*

Division of Psychological Medicine, Institute of Psychiatry, King's College London, De Crespigny Park, London SE5 8AF, UK
*Los miembros restantes del AESOP Study Group aparecen citados en el Apéndice

En este artículo se ofrece una perspectiva general del diseño y los resultados iniciales del estudio AESOP (Aetiology and Ethnicity in Schizophrenia and Other Psychoses). AESOP es un estudio multicéntrico de gran envergadura que se está llevando a cabo con diseño de casos y controles en el Reino Unido. Su objetivo principal es investigar el elevado índice de psicosis que se observa en los grupos de población de origen afrocaribeño que residen en el Reino Unido, con el objeto de obtener información acerca de la etiología de la psicosis en general. Con el desarrollo del estudio, la enorme cantidad de datos obtenidos fue llevando a abordar cuestiones adicionales; por ejemplo, los factores determinantes de la duración de la psicosis no tratada. En este artículo se presentan los resultados iniciales relativos a las tasas de incidencia y a las comparaciones entre los casos. Se definen también los próximos análisis que se realizarán y se suministran detalles del seguimiento de la cohorte inicial del estudio AESOP y de las aportaciones recibidas por parte de otros estudios iniciados en otros países y basados en el estudio AESOP.

Palabras clave: psicosis, origen étnico, etiología, incidencia

Uno de los hallazgos más constantes en la epidemiología de la esquizofrenia es la elevada incidencia de esta enfermedad entre los inmigrantes y las personas pertenecientes a grupos étnicos minoritarios (1). El ejemplo más sorprendente y quizá mejor conocido es el de la población afrocaribeña que reside en el Reino Unido. Desde el decenio de 1960 se han efectuado casi 20 estudios en los que se han comparado los índices de esquizofrenia y de otros cuadros de psicosis en este grupo de población con los correspondientes a las personas de raza blanca (definida de distintas formas), en el Reino Unido. En todos los casos se ha observado que la incidencia de estas enfermedades es mayor (entre 2 y 18 veces) en la población afrocaribeña (v. 2). Estos resultados han quedado reflejados también en los estudios efectuados en grupos de inmigrantes y en personas pertenecientes a minorías étnicas que residen en otros países, fundamentalmente en cuanto a los elevados índices de psicosis detectados entre los inmigrantes de Surinam que residen en Holanda y entre los descendientes de éstos (3). En el Reino Unido, los estudios de investigación han demostrado de manera constante que las personas de origen afrocaribeño no sólo muestran un riesgo mayor de sufrir psicosis, sino que también tienen una probabilidad más elevada de acceder a la asistencia en salud mental a través de vías de tipo coercitivo, que implican generalmente la participación de la policía y la hospitalización obligatoria, así como una probabilidad también mayor de ser evaluados en los contextos de tipo judicial o forense (4, 5).

A pesar de que en los estudios de investigación realizados hasta el momento se ha demostrado claramente la necesidad de un incremento de la asistencia en salud mental en algunos grupos de inmigrantes y grupos minoritarios étnicos en Reino Unido, sus resultados no han sido tan buenos respecto a la explicación de los mayores índices de psicosis y de hospitalización obligatoria. Es necesario profundizar la comprensión de estos aspectos, a fin de diseñar adecuados programas y servicios de atención de la salud mental de este grupo de población.

El estudio AESOP (Aetiology and Ethnicity in Schizophrenia and Other Psychoses) se inició para abordar estas lagunas en el conocimiento existente. De manera específica, los principales objetivos iniciales fueron: a) efectuar un estudio de gran envergadura sobre la población general, con diseño de casos y controles, acerca del primer contacto asistencial de los pacientes con psicosis, con objeto de comprobar diversas hipótesis relativas a los factores sociales y biológicos que podrían explicar el incremento en la incidencia de esquizofrenia en la población afrocaribeña del Reino Unido; b) determinar las causas de la elevada incidencia de la

esquizofrenia en este grupo de población, a fin de aumentar la comprensión acerca de la etiología de la esquizofrenia en general.

Con el desarrollo del estudio, la gran cantidad de datos obtenidos fue ampliando la gama de cuestiones abordadas, además de los objetivos iniciales mencionados. Por ejemplo, en este momento ya se han investigado hipótesis relativas a las distintas vías asistenciales y al tiempo durante el cual la psicosis permanece sin tratar en los distintos grupos étnicos, y también se han evaluado cuestiones que no están relacionadas específicamente con el origen étnico (p. ej., si la incidencia de psicosis varía geográficamente y cuáles son los correlatos generales del tiempo durante el cual la psicosis permanece sin tratar). Debido a ello, en el estudio AESOP se han planteado en este momento objetivos mucho más amplios y de largo alcance que los considerados inicialmente, y los investigadores acaban de comenzar el seguimiento de la cohorte que constituyó el grupo de estudio inicial.

Este artículo persigue tres objetivos: a) ofrecer una introducción y una perspectiva general del diseño y los métodos del estudio AESOP; b) resumir los datos obtenidos hasta el momento, haciendo hincapié en las tasas de incidencia y en las comparaciones entre los casos, y c) señalar los planes futuros relativos al estudio, incluyendo los análisis que se proyecta realizar, el seguimiento y los proyectos de colaboración internacional.

MÉTODOS

AESOP es un estudio multicéntrico basado en la población, de casos y controles, para evaluar la incidencia del primer episodio de psicosis, diseñado inicialmente para ser realizado durante 3 años, desde septiembre de 1997 hasta agosto de 2000. Los participantes en el estudio son: a) todos los pacientes con un primer episodio de psicosis (códigos F10-F29 y F30-F33 de la CIE-10) atendidos en los servicios asistenciales de niveles secundario y terciario pertenecientes a áreas sanitarias estrechamente definidas del sureste de Londres, Nottingham y Bristol, a lo largo de períodos de tiempo definidos; b) un familiar cercano de cada paciente (cuando esto fue posible), y c) una muestra aleatoria de personas sanas de la comunidad, que constituyó el grupo de control.

Los criterios de inclusión para los casos fueron los siguientes: a) edad entre 16 y 65 años; b) residencia en áreas sanitarias estrechamente definidas de Nottingham, Bristol y el sureste de Londres; c) padecimiento de un primer episodio de psicosis (códigos F10-F29 y F30-F33 de la CIE-10) durante el lapso de tiempo

Tabla 1 Instrumentos para la recogida de datos utilizados en el estudio AESOP

Clínicos	Psicosociales	Cognitivos, biológicos
Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry ^{a,d} Personal and Psychiatric History Schedule ^{a,b,d}	MRC Sociodemographic Schedule ^{a,b,c,d} Culture and Identity Schedule 1 ^{a,c} Culture and Identity Schedule 2 ^{a,c} Achievements and Expectations Schedule ^{a,c} Employment Schedule ^{a,c} Significant Others Schedule ^{a,c} Insight Schedule ^a Childhood Experiences of Care and Abuse Questionnaire ^{a,c} Life Events and Difficulties Schedule ^{a,c} Mental Disorder Beliefs Schedule ^{a,b,c} Locus de control ^{a,c} Autoestima ^{a,c} Concepto de sí mismo ^{a,c}	Batería de tests neuropsicológicos ^{a,c} Signos neurológicos leves ^{a,c} Alteraciones físicas leves ^{a,c} Entrevista familiar respecto a aspectos genéticos ^{a,b,c} Resonancia magnética ^{a,c} ADN ^{a,c}

Utilizados para la obtención de datos de: ^acasos; ^bfamiliares; ^ccontroles; ^dhistorias de casos. Los autores pueden ofrecer información detallada, en caso de ser solicitada.

establecido en el estudio, y *d*) ausencia de contactos previos con los servicios sanitarios debido a episodios psicóticos anteriores. Los criterios de exclusión fueron los siguientes: *a*) evidencia de síntomas psicóticos precipitados por una causa orgánica, *b*) síntomas psicóticos transitorios producidos por una intoxicación aguda (según lo definido en la CIE-10) y *c*) un cociente intelectual (CI) inferior a 50.

Los procedimientos utilizados para la detección de los casos estuvieron fundamentados en los utilizados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en sus estudios de carácter internacional acerca de la incidencia y la evolución de la esquizofrenia (6). Un equipo de investigadores realizó comprobaciones regulares en todos los puntos potenciales de contacto con los pacientes en los niveles asistenciales secundario y terciario correspondientes a las áreas sanitarias señaladas. Todos los posibles casos fueron evaluados respecto a los criterios de participación a través de la Screening Schedule for Psychosis (6), que fue completada mediante la entrevista al paciente o mediante datos de la historia clínica y la información proporcionada por los psiquiatras. Se estableció contacto con todos los pacientes que cumplían los criterios de inclusión y se solicitó su consentimiento informado para participar en el estudio. La selección de los participantes tuvo lugar inicialmente a lo largo de un período de 2 años en Nottingham y en la zona del sureste de Londres, y a lo largo de un período de 9 meses en Bristol. Durante el tercer año del estudio, en las áreas sanitarias de Nottingham y del sureste de Londres se amplió la inclusión de pacientes afrocaribeños, con objeto de ampliar los grupos de casos y controles. Al final del período de selección de los pacientes, se llevó a cabo un filtrado de la información para identificar posibles casos tomados erróneamente en la fase inicial. Se solicitó, a cada paciente seleccionado para participar en el estudio, el consentimiento para entrevistar a alguno de sus familiares más cercanos, que hubiera tenido contacto reciente con el paciente.

Se seleccionó una muestra aleatoria de individuos de control en la población general utilizando el marco de muestreo aplicado por el Psychiatric Morbidity Survey, realizado por la Office of Population and Census Statistics (OPCS), es decir, el archivo de códigos postales (*postal address* file, PAF) (7). Este archivo fue utilizado para generar una muestra aleatoria de 10 direcciones domiciliarias por cada uno de los casos. En cada una de las direcciones domiciliarias seleccionadas se estableció contacto en tres ocasiones (por la mañana, por la tarde y por la noche) para encontrar un individuo que tuviera las características necesarias para participar en el grupo de control (edad entre 16 y 65 años) y que aceptara dicha participación. Este método da lugar a una equiparación global de los casos y los controles según el área de resi-

dencia. Por lo demás, no hubo ninguna forma de equiparación entre casos y controles, debido a que el objetivo era seleccionar una muestra de individuos de control que fuera representativa de la población a la que pertenecían los casos. Se aplicó una técnica de sobremuestreo en este grupo, con objeto de que hubiera en él un número suficiente de individuos afrocaribeños.

En la tabla 1 se muestran todos los instrumentos de recogida de datos utilizados. Los participantes que otorgaron su consentimiento llevaron a cabo un promedio total de 15 horas de entrevistas y evaluaciones, lo que permitió obtener una gran cantidad de datos.

Los datos clínicos se obtuvieron a través de las Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN) (8). El instrumento SCAN incorpora la Present State Examination Version 10, que se utilizó para la obtención de datos relacionados con los síntomas en el momento de inicio del cuadro clínico. En los casos en los que no fue posible entrevistar al paciente se utilizó la información existente acerca de los casos para completar la Item Group Checklist (IGC), que forma parte del SCAN. Los diagnósticos CIE-10 fueron determinados de modo consensuado, en reuniones mantenidas entre uno de los investigadores principales y otros miembros del equipo de investigación, en las cuales se analizaron los datos del SCAN. Se llevó a cabo un análisis para descartar un posible sesgo entre los investigadores principales. Cada uno de ellos formuló independientemente un diagnóstico en 20 pacientes, según la misma información obtenida del instrumento SCAN. Se detectó una concordancia del 80 % en la categoría diagnóstica (los valores κ oscilaron entre 0,63 y 0,75, $p < 0,001$).

Para asignar a los pacientes a los distintos grupos étnicos se utilizaron diversas fuentes de datos. La fuente principal fue la propia atribución del paciente a un grupo étnico, utilizando la Medical Research Council Sociodemographic Schedule. En los casos en los que no fue posible conseguir este dato se utilizaron otras fuentes, como la información ofrecida por otras personas, los informes de otros profesionales, etc. En las situaciones de ambigüedad, los miembros del equipo de investigación realizaron una evaluación consensuada; en esta valoración participaron siempre investigadores con experiencia abundante en las temáticas de las características étnicas y la salud mental.

RESULTADOS

Participantes en el estudio AESOP

Durante el período de estudio se identificaron 592 casos (330 en el sureste de Londres; 205 en Nottingham y 57 a lo largo de 9

Tabla 2 Características demográficas básicas de la muestra de participantes del estudio AESOP

	Londres		Nottingham		Bristol	
	Casos	Controles	Casos	Controles	Casos	Controles
Edad (media $\pm$ DE)	31,0 $\pm$ 10,5	36,1 $\pm$ 11,3	30,3 $\pm$ 11,2	38,4 $\pm$ 13,4	30,7 $\pm$ 10,8	31,5 $\pm$ 9,4
Varones, n (%)	186 (56,7)	67 (36,6)	122 (59,5)	95 (45,7)	39 (68,4)	9 (42,9)
Británicos de raza blanca, n (%)	78 (23,6)	76 (41,5)	151 (73,7)	164 (78,9)	37 (64,9)	19 (90,5)
Afrocaribeños, n (%)	126 (38,2)	51 (27,9)	27 (13,2)	23 (11,1)	10 (17,5)	1 (4,8)
Africanos de raza negra, n (%)	66 (20,0)	21 (11,5)	3 (1,5)	1 (0,5)	5 (8,8)	0 (0,0)

Tabla 3 Distribución de los diagnósticos en la muestra de participantes en el estudio AESOP

	Londres N (%)	Nottingham N (%)	Bristol N (%)
Psicosis no afectivas	248 (75,2)	140 (68,3)	40 (70,2)
Psicosis maníaca	45 (13,6)	26 (12,7)	6 (10,5)
Psicosis depresiva	37 (11,2)	39 (19,0)	11 (19,3)

meses en Bristol) y 412 controles (183 en el sureste de Londres, 208 en Nottingham y 21 en Bristol), es decir, un total de 1.004 personas. De los casos identificados, 390 (66 %) otorgaron su consentimiento para la entrevista. De los 202 (34 %) restantes, 66 (11 % del total de casos) fueron eliminados en el análisis de filtrado y no recibieron la propuesta de la entrevista; 58 (10 %) no fueron localizados en los intentos de contacto o no hablaban inglés, y 78 (13 %) rechazaron la entrevista. En la tabla 2 se resumen las características demográficas básicas de la muestra del estudio, según su pertenencia a los grupos de casos o de controles, y según el centro en el que fueron atendidos; en la tabla 3 se agrupan los casos en función del diagnóstico.

Tasas de incidencia

Los análisis de incidencia de psicosis según los datos obtenidos en el estudio AESOP se han centrado hasta el momento en la posibilidad de que puedan existir variaciones notables en la incidencia de psicosis según el área geográfica de residencia, según el grupo étnico de los pacientes o según ambos factores (9-11).

Utilizando como denominador los datos del censo de 2001, se obtuvieron pruebas de que la incidencia de psicosis muestra variaciones entre las diferentes áreas geográficas abordadas en el estudio. Las tasas de incidencia respecto a cualquier forma de psicosis fueron significativamente inferiores en Nottingham y Bristol (25 por cada 100.000 personas-año y 22 por 100.000 personas-año, respectivamente), en comparación con el sureste de Londres (55 por 100.000 personas-año); el cociente de tasa de incidencia (*incidence rate ratio*, IRR) fue de 0,5 (0,4-0,6) para Nottingham y de 0,4 (0,3-0,6) para Bristol. Al estratificar los datos según el grupo diagnóstico, este patrón se mantuvo respecto a todos los diagnósticos (esquizofrenia, psicosis afectiva y otras psicosis). Además, la estandarización respecto a la edad y el sexo, así como el ajuste respecto al origen étnico, no modificaron de manera significativa estos resultados.

Se observó que la incidencia de todas las formas de psicosis es significativamente mayor en los grupos de población afrocaribeña y africana de raza negra en los tres centros, en comparación con la población de raza blanca y origen británico (afrocaribeños: IRR = 6,7 [5,4-8,3]; africanos de raza negra: IRR = 4,1 [3,2-5,3]). Estas diferencias fueron más acusadas cuando se utilizaron definiciones estrechas de la esquizofrenia (F20) y de la psicosis maníaca (F30-F31). Por ejemplo, tras el ajuste respecto a la edad, la

incidencia de esquizofrenia en los tres centros participantes en el estudio fue 9 meses mayor en la población afrocaribeña (IRR = 9,1 [6,6-12,6]) y 6 veces mayor en la población africana de raza negra (IRR = 5,8 [3,9-8,4]). La incidencia de esquizofrenia en la población afrocaribeña y africana de raza negra (71 por 100.000 personas-año y 40 por 100.000 personas-año, respectivamente) están entre las más elevadas obtenidas en el conjunto de todos los estudios publicados. Se detectó un patrón sorprendentemente similar en el caso de la psicosis maníaca (F30-F31). Tras el ajuste respecto a la edad, la incidencia de psicosis maníaca fue 8 veces mayor en las personas afrocaribeñas (IRR = 8,0 [4,3-14,8]) y 6 veces mayor en las africanas de raza negra (IRR = 6,2 [3,1-12,1]), en comparación con el grupo inicial de personas de raza blanca y origen británico. Las tasas de psicosis depresiva también estaban elevadas, pero en menor medida (afrocaribeños: IRR = 3,1 [1,5-3,6]; africanos de raza negra: IRR = 2,1 [0,9-5,0]). Un aspecto interesante es que las tasas de incidencia de todas las formas de psicosis también estaban elevadas en los demás grupos étnicos (otras personas de raza blanca, de origen asiático, mestizas, otros grupos), en comparación con la población de raza blanca y origen británico; no obstante, esta diferencia fue mucho más pequeña (los IRR para todas las formas de psicosis oscilaron entre 1,5 y 2,7).

Vías de acceso a la asistencia y duración de la psicosis no tratada

Los análisis de las diferencias entre los casos realizados en el estudio se han centrado hasta el momento en dos cuestiones clave: a) la posibilidad de que existan variaciones étnicas en las vías de acceso a la asistencia en salud mental, al inicio del cuadro patológico, y b) los correlatos de la duración de la psicosis no tratada (12-15).

Al comparar las vías de acceso a los servicios asistenciales, en su primer contacto, se detectaron diferencias notables entre los distintos grupos de población. En primer lugar, los pacientes afrocaribeños y los africanos de raza negra presentaron una probabilidad significativamente mayor de ser hospitalizados de manera obligatoria. Más del 50 % de los participantes afrocaribeños y de los africanos de raza negra fueron hospitalizados obligatoriamente, en comparación con el 24 % de los pacientes británicos de raza blanca. Los varones afrocaribeños fueron los que tuvieron una probabilidad mayor de ser hospitalizados obligatoriamente (61 %). En segundo lugar, los pacientes afrocaribeños y africanos de raza negra presentaron una probabilidad también significativamente mayor de acceder a los servicios asistenciales a través de la policía o algún organismo relacionado con la justicia penal. Más del 30 % de los participantes afrocaribeños y africanos de raza negra fueron remitidos a los servicios de asistencia en salud mental a través de esta vía, en comparación con el 12 % de los participantes británicos de raza blanca. En tercer lugar, tanto los participantes afrocaribeños como los africanos de raza negra mostraron una probabilidad significativamente menor de acceder a los servicios en salud mental a través de un médico general.

Menos del 30 % de los participantes afrocaribeños y africanos de raza negra fueron remitidos a los servicios de salud mental a través de un médico general, en comparación con más del 40 % de los pacientes británicos de raza blanca. Estas diferencias siguieron siendo importantes tras el establecimiento del ajuste respecto a una gama de posibles variables intervinientes (p. ej., los indicadores de aislamiento social, diversos aspectos del cuadro clínico, otras características de la vía de acceso a la asistencia).

Sorprendentemente, se observó que las diferencias existentes en las vías de acceso a la asistencia en salud mental entre los distintos grupos no se podían explicar por un mayor retraso en el acceso a la asistencia por parte de los participantes afrocaribeños y africanos de raza negra. Así, no se pudo demostrar que el tiempo transcurrido sin atención fuera mayor en estos pacientes que en los participantes británicos de raza blanca.

Mediante el uso de los datos sobre el tiempo en que la enfermedad permaneció sin atención fue posible abordar en una muestra epidemiológica de carácter multicéntrico los factores relacionados con este factor. La mediana de este tiempo sin atención en el conjunto de los participantes en el estudio AESOP fue de 9 semanas (intervalo intercuartílico [*inter quartile range*, IQR] = 2-40; media $\pm$ DE (desviación estándar) = 58 ± 148 semanas). La distribución del tiempo transcurrido sin atención mostró una variación amplia, de manera que la mayor parte de los pacientes accedió al tratamiento durante las 10 semanas siguientes al inicio de los síntomas, mientras que sólo una pequeña proporción accedió al tratamiento mucho más tarde, a menudo pasados 2 años desde el comienzo del cuadro patológico. Se detectaron cuatro variables fuertemente asociadas a un tiempo prolongado sin atención: la forma lenta y gradual de inicio de la enfermedad (mediana del tiempo sin atención = 32 semanas; IQR = 11-99); el establecimiento del diagnóstico de esquizofrenia (mediana = 13 semanas; IQR = 3-53); la situación de desempleo del paciente (mediana = 13 semanas; IQR = 4-52), y la falta de implicación de la familia en la solicitud de ayuda para el paciente (mediana = 12 semanas; IQR = 3-54). Todas estas variables siguieron presentando una asociación significativa con un tiempo prolongado sin atención mayor tras el ajuste de los posibles factores de confusión, tales como la edad del paciente al inicio del cuadro, su sexo y el centro en el que fue atendido. Ninguna de las demás variables de carácter social (el hecho de vivir solo, la soltería, el bajo grado de instrucción) se asoció a un tiempo prolongado sin atención.

DISCUSIÓN

El estudio AESOP es uno de los de mayor envergadura que se han realizado acerca del primer episodio de psicosis. En este estudio ha sido posible evaluar un elevado número de hipótesis importantes, debido a diversos factores: la participación de una gran cantidad de individuos en los grupos de casos y de controles, la obtención de datos relativos a una amplia gama de factores de riesgo para la psicosis, la obtención de datos relativos a diversas variables relacionadas con el servicio asistencial.

Aspectos metodológicos

Este estudio ha cuestionado, sobre bases metodológicas sólidas, la validez de los resultados obtenidos en estudios previos acerca de la incidencia de esquizofrenia y de otras psicosis entre los distintos grupos étnicos que residen en el Reino Unido. Las cuestiones más importantes planteadas han sido: a) la precisión de los datos utilizados como denominador relativos a los grupos étnicos minoritarios; b) la correcta identificación de los casos, y c) la validez diagnóstica en los distintos grupos étnicos. En relación con todas estas cuestiones, el estudio AESOP representa un avance

sobre la mayor parte de los estudios de investigación previos. En primer lugar, es el primer estudio en el que se ha utilizado el censo de 2001, que posiblemente contenga las estimaciones más precisas, hasta el momento, acerca de las poblaciones étnicas minoritarias (a pesar de que no carece de imperfecciones). También se han repetido los análisis de las tasas de incidencia en los distintos grupos técnicos utilizando los datos del censo de 1991, sin que se hayan observado diferencias notables. Dado el grado de infravaloración de la población necesario para explicar, por ejemplo, un aumento de 10 veces en la incidencia de la esquizofrenia entre los afrocaribeños, es muy improbable que la imprecisión de los datos utilizados como denominador pueda explicar esos resultados. En segundo lugar, los métodos de identificación de casos que se han aplicado en el estudio han sido exhaustivos, fundamentados en el Ten Country Study de la OMS y en la experiencia de los investigadores en distintos centros de estudio, lo que ha permitido que la cobertura de todos los posibles puntos de contacto del servicio asistencial con los pacientes que presentaron su primer episodio de psicosis haya sido lo más completa posible. Además, el análisis de filtrado realizado al final del período de selección de los participantes incrementa la confianza en que se ha identificado la mayor parte de los nuevos casos de psicosis clínicamente significativa. Por supuesto, es probable que se haya pasado por alto una pequeña minoría de casos pero, para que esta pequeña proporción explicara los resultados, los casos pasados por alto tendrían que ser británicos de raza blanca, desproporcionadamente, y su número debería ser significativo. En tercer lugar, los diagnósticos se establecieron por consenso, a ciegas respecto al origen étnico del participante y en función de toda la información disponible, incluyendo los datos obtenidos a través de las entrevistas SCAN. Este abordaje representa una aplicación amplia de los métodos utilizados en los estudios de la OMS y en los estudios acerca de la incidencia de la psicosis en los países del Caribe, en los que se han observado tasas de incidencia similares a las detectadas en los británicos de raza blanca residentes en el Reino Unido. Esto reduce los posibles sesgos diagnósticos y, de nuevo, para que los resultados obtenidos se explicaran completamente a través de los diagnósticos pasados por alto en las minorías étnicas, el grado de error tendría que haber sido sustancial.

Tasas de incidencia

La ausencia de una diferencia estadísticamente significativa en la incidencia de la esquizofrenia entre los distintos países considerados en el Ten Country Study de la OMS ha hecho que muchos expertos sostengan que la incidencia de la esquizofrenia es uniforme en todos los países del mundo y que, por lo tanto, esta enfermedad debe tener un componente genético predominante (6). Sin embargo, en las revisiones recientes efectuadas por McGrath y cols. (16) y por Cantor-Graae y Selten (1) se han obtenido pruebas de la existencia de variaciones sustanciales entre los distintos países y grupos étnicos, un resultado que se opone frontalmente al obtenido en el estudio de la OMS. Los resultados obtenidos en el estudio AESOP, según los que la incidencia de todas las formas de psicosis varía según el área geográfica y según el grupo étnico, contribuyen a la evidencia creciente de que la incidencia de la esquizofrenia y de otras psicosis no tiene una distribución uniforme. En particular, la observación de que la incidencia de la psicosis es mayor en la zona sureste de Londres (un área mucho más urbanizada y poblada que las áreas de Nottingham y Bristol) proporciona un cierto respaldo a la posibilidad de que el grado de urbanización en una zona geográfica concreta constituye un factor de riesgo o un indicador de psicosis (17).

Con respecto al origen étnico, los resultados del estudio, indicativos de la presencia de variaciones importantes en las tasas de incidencia, corroboran los obtenidos en estudios previos en los

que se demuestra la existencia de elevados índices de esquizofrenia en los grupos de población afrocaribeña residentes en el Reino Unido. Además, el estudio AESOP amplía esos resultados, al demostrar que: a) es elevada la incidencia de todas las formas de psicosis, en la población afrocaribeña, y b) en la población africana de raza negra residente en el Reino Unido las tasas de incidencia muestran una elevación similar. Teniendo en cuenta el hecho de que el estudio AESOP soslaya muchas de las limitaciones metodológicas que han caracterizado a los estudios previos relativos a esta cuestión, el peso de la evidencia es de tal intensidad que actualmente deben quedar pocas dudas acerca de la existencia de un exceso genuino y acusado de psicosis en los grupos étnicos afrocaribeño y africano de raza negra residentes en el Reino Unido. Además, el estudio AESOP es el primer estudio de incidencia en el que ha participado un número suficiente de casos correspondientes a otros grupos étnicos (incluyendo otras personas de raza blanca), lo que ha permitido la realización de estimaciones razonablemente precisas acerca de la incidencia de psicosis en estos grupos. Los datos del estudio muestran que la incidencia de las psicosis en estos grupos es elevada en comparación con la que se observa en la población británica de raza blanca, pero menor que la incidencia de psicosis en los grupos de afrocaribeños y africanos de raza negra. Este resultado concuerda con la conclusión a la que llegaron Cantor-Graae y Selten (1): existe un incremento general del riesgo en los grupos de inmigrantes y de minorías étnicas, pero este riesgo es mayor «en los inmigrantes procedentes de áreas geográficas en las que la población mayoritaria es de raza negra». El conocimiento de esta diferencia puede ser clave para explicar las elevadas tasas de incidencia observadas en los grupos afrocaribeño y africano de raza negra, y puede aportar información importante de carácter más general con respecto a la etiología de la psicosis. Es precisamente la evaluación de esta diferencia la que se está abordando a través de la comparación de los casos y los controles del estudio AESOP.

Vías de acceso a la asistencia y duración de la psicosis no tratada

Los datos relativos a las vías de acceso a la asistencia y a la duración de la psicosis no tratada obtenidos en el estudio AESOP constituyen una refutación de algunas suposiciones previas. Por ejemplo, en los estudios de Burnett y cols. (18) y Cole y cols. (19) (en ambos casos estudios de pequeña envergadura en pacientes con un primer episodio de psicosis) no se observaron diferencias en las proporciones de hospitalizaciones obligatorias entre los distintos grupos étnicos, en el primer contacto asistencial con el sistema de salud mental; este dato ha hecho que algunos autores hayan sugerido la posibilidad de que las diferencias pueden aparecer lo largo del tiempo, en el curso de los contactos repetidos con los servicios asistenciales (20). Este punto de vista tiene implicaciones importantes, debido a que indica que una razón para la hospitalización obligatoria de las personas de origen afrocaribeño es que éstas acumulan más experiencias negativas con los servicios asistenciales, lo que hace que se aparten y se resistan a la intervención en las situaciones de recidiva, con el consiguiente aumento del riesgo de una intervención asistencial obligatoria. Los datos obtenidos del estudio AESOP permiten afirmar que existen diferencias étnicas ya en el primer contacto asistencial y que, en consecuencia, deben existir también procesos operativos en estos grupos comunitarios que incrementen el riesgo de entorpecer las vías de acceso a la atención, antes del contacto con los servicios asistenciales. La comprensión de estos procesos constituye un desafío clave para las investigaciones futuras. No obstante, lo que sí parece estar claro es que, a diferencia de lo que se supone habitualmente, no se observa en las personas de origen afrocaribeño un tiempo muy prolongado de enfermedad sin atención, que los

conduciría a presentarse a recibir atención sólo en momentos de crisis, cuando la compulsión es mayor.

También se han obtenido hallazgos importantes con respecto a otros aspectos del tiempo de psicosis sin atención. Los resultados del estudio indican que el tiempo que transcurre entre el inicio de la psicosis y el momento en el que el paciente establece contacto con los servicios asistenciales está influido tanto por los distintos aspectos de la fase inicial de la enfermedad (modo de inicio, diagnóstico inicial) como por los correspondientes al contexto social (situación de desempleo, implicación de la familia, contexto de provisión de los servicios asistenciales). Este hecho tiene implicaciones importantes para el desarrollo de servicios asistenciales tempranos. Por un lado, los resultados sugieren que el tiempo en que la enfermedad permanece sin atención está, al menos hasta cierto punto, configurado por factores sociales maleables y que, por lo tanto, es posible implementar estrategias para reducir el retraso asistencial. Por otro lado, los resultados también indican que el tiempo sin atención está fuertemente asociado a otros aspectos de la evolución temprana de la enfermedad (especialmente, su inicio lento y gradual) que predicen una evolución adversa. Este factor subraya la necesidad de profundizar los estudios acerca de la relación entre el tiempo sin atención y la evolución, a fin de establecer un ajuste más estrecho de estos posibles factores de confusión. En resumen, los resultados del estudio indican que es posible que la asociación entre el tiempo sin atención y la evolución esté mediada por diversos factores de confusión. Dada esta posibilidad, es necesaria una gran prudencia antes de iniciar una reforma de gran envergadura en los servicios asistenciales en función de la supuesta asociación entre el tiempo sin atención y la evolución final de la enfermedad.

Consideración del potencial del estudio AESOP

El objetivo principal de la fase siguiente de análisis será la realización de comparaciones entre casos y controles, con el objetivo fundamental de investigar las hipótesis relativas a la gran incidencia de psicosis entre las personas afrocaribeñas y africanas de raza negra. Por ejemplo, los análisis preliminares realizados sobre la separación de los niños respecto a sus padres y sobre la exclusión social del adulto permiten suponer que estos factores pueden explicar, al menos en parte, la incidencia elevada de psicosis en las personas de origen afrocaribeño (21), lo que confirma los resultados obtenidos por Mallet y cols. (22) en un estudio de menor envergadura. Se investigarán hipótesis adicionales relativas a los efectos potenciales de la identidad cultural ambivalente, de la situación de desempleo y de los acontecimientos vitales, a través del uso de los datos obtenidos mediante la aplicación de dos instrumentos de evaluación de la cultura y la identidad (Culture and Identity Schedules) (20), del Employment Schedule (23) y del Life Events and Difficulties Schedule (24). Los datos obtenidos acerca de la estructura cerebral, de la neuropsicología y de los antecedentes familiares permitirán investigar y evaluar hipótesis adicionales respecto a los factores de riesgo biológicos y cognitivos. Por lo tanto, la primera fase de estos análisis está muy relacionada con la identificación o la validación de diversos factores de riesgo específicos. Sin embargo, la fuerza principal del estudio AESOP radica en el hecho de que permite la construcción de modelos para investigar el impacto relativo de factores específicos y de las interacciones existentes entre ellos. Se ha previsto que estos análisis se fundamenten en los análisis de los factores de riesgo más tradicionales ya señalados, de manera que se pueda aprovechar el potencial pleno de este conjunto específico de datos.

Algunos resultados de carácter enigmático que se han obtenido en los análisis iniciales de los datos biológicos correspondientes al estudio AESOP ilustran este aspecto. Por ejemplo, en el estudio ya se ha observado que existe un exceso de signos neurológicos fo-

cales y de problemas de coordinación motora en los pacientes (en comparación con los controles), lo que quizá refleja la existencia de una vulnerabilidad frente a la psicosis. Esta posibilidad está respaldada por los resultados obtenidos hasta el momento en el estudio mediante la aplicación de la resonancia magnética: se demostró que el exceso de estos signos neurológicos focales en los pacientes (pero no en los controles) se asocia a un volumen menor de los núcleos basales y del tálamo (25, 26). Estos resultados no pueden ser explicados por el efecto del tratamiento con fármacos antipsicóticos (27). Una posible explicación es que la disfunción motora y los signos neurológicos focales pueden constituir en la psicosis un correlato funcional de las alteraciones en las funciones de integración que realizan las estructuras implicadas en la patogenia de la esquizofrenia, como los núcleos basales y el tálamo. Además, en el estudio también se evaluó el volumen de la hipófisis y se observó un importante aumento de tamaño de esta glándula (18 %) en los pacientes, en comparación con los controles sanos. Este aumento de volumen ofrece una evidencia indirecta de la activación del eje hipotálamo-hipofisario (28) y abre la puerta a una serie de vías adicionales interesantes para determinar la función del estrés, mediante la combinación de los datos existentes respecto a los factores de riesgo sociales y biológicos.

Direcciones futuras: seguimiento y colaboraciones internacionales

El análisis de los datos iniciales del estudio AESOP sigue adelante. Paralelamente, hay dos líneas adicionales que potencian este programa de investigación: un estudio de seguimiento y una serie de colaboraciones internacionales.

Al iniciar el estudio AESOP, uno de los objetivos era la creación de una cohorte de individuos que hubieran presentado un primer episodio de psicosis y en los que fuera posible el seguimiento a lo largo del tiempo. Durante el último año, se ha llevado a cabo, con buenos resultados, un seguimiento preliminar de 6-8 años en 100 (50 casos y 50 controles) de los participantes que iniciaron el estudio AESOP, obteniendo datos respecto al curso y la evolución (tanto clínicos como sociales), a la función neuropsicológica, a la estructura cerebral y a la historia forense. Si la situación financiera lo permite se ampliará este grupo, hasta abarcar la muestra completa, lo que permitirá evaluar importantes aspectos con respecto a los determinantes de la evolución, tras un primer episodio de psicosis.

A medida que el estudio AESOP progresaba, fueron surgiendo diversas colaboraciones internacionales, que dieron lugar al inicio, en otros cuatro países de estudios basados –en mayor o menor grado– en el protocolo AESOP: Trinidad, Brasil (Sao Pablo), Irlanda del Norte (Belfast) e Italia (Verona). Estos estudios paralelos, realizados en diferentes contextos sociales y culturales, ofrecen una magnífica oportunidad para el establecimiento de comparaciones; en efecto, parte del trabajo inicial ya está ofreciendo resultados interesantes. Por ejemplo, en Trinidad se ha seleccionado a más de 400 pacientes con un primer episodio de psicosis, y los análisis preliminares indican la existencia de una incidencia elevada de psicosis entre los habitantes de Trinidad de origen africano, en comparación con los de origen indio (29). Además, las comparaciones entre Trinidad y el Reino Unido con respecto al papel de los factores de riesgo sociales y las diferencias en los medios de acceso a la asistencia entre Trinidad y el Reino Unido posiblemente aumentarán la comprensión tanto de la etiología de la psicosis como de las respuestas del paciente y su familia frente a la psicosis en los distintos contextos culturales. Por otra parte, existe el proyecto de crear una red de estudios relativos al inicio de la psicosis en todo el mundo, y ya se están explorando nuevas posibilidades, por ejemplo, utilizar como base el estudio AESOP para cotejar y comparar los resultados obtenidos en los estudios

individuales. De esta manera, se podrá obtener información nueva y exclusiva con respecto a la psicosis, lo que permitirá, a su vez, responder muchos de los interrogantes planteados con respecto a esta enfermedad.

APÉNDICE

El AESOP Study Group está constituido por: Glynn Harrison, John Holloway, Florence Muga (Bristol); Peter Jones, Rudwan Abdul-Al, Maureen Ashby, Alan Fung, Hazel Hayhurst, James Kirkbride, Jouko Mietunen (Cambridge); Robin Murray, Julian Leff, Stefan Auer, Jane Boydell, Rachel Burnett, Ben Chapple, Tom Craig, Paola Dazzan, Kimberlie Dean, Arsime Demjaha, Rina Dutta, Paul Fearon, Francena Fonseca, Marta Di Forti, Helen Fisher, Ayana Gibbs, Kathy Greenwood, Edwin Gwenzi, Tirril Harris, Gerard Hutchinson, Samantha Jones, Maria Lambri, Julia Lappin, Noel Kennedy, James McCabe, Laura McIntosh, Rosemarie Mallett, Ana Martinez, Ana Miorrelli, Craig Morgan, Kevin Morgan, Kris Naudts, Kenneth Orr, Per Rohebak, Jeza Salvo, Chiara Samele, Mandy Sharpley, Simon Vearnals, Jolanta Zaneli (Londres); Peter Jones, Hemant Bagalkote, Daphne Boot, John Brewin, Gill Doody, Becci Dow, Annette Farrant, Steve Jones, Tuhina Lloyd, Ian Medley, Ramona Moanette, Shilpa Nairi, Mark Ruddell, Jayne Simpson, Sirip Suranim, Jane Tarrant, Philip Whitehead, Pat Williams, Sue Window (Nottingham).

Agradecimientos

El estudio AESOP ha sido financiado por el UK Medical Research Council y por el Stanley Medical Research Institute. Los autores quieren dar las gracias a los investigadores del grupo de estudio AESOP que tomaron parte en la recogida de datos. También están agradecidos a los servicios de salud mental y a los pacientes de las zonas de Bristol, Nottingham y sureste de Londres, por su colaboración y apoyo.

World Psychiatry 2005; 3: 40-46

Bibliografía

1. Cantor-Graae E, Selten J-P. Schizophrenia and migration: a meta-analysis and review. *Am J Psychiatry* 2005;162:12-24.
2. Sharpley MS, Hutchinson G, McKenzie K et al. Understanding the excess of psychosis among the African-Caribbean population in England. *Br J Psychiatry* 2001;178(Suppl. 40):s60-8.
3. Selten JP, Zeyl C, Dworkasing R et al. First contact incidence of schizophrenia in Surinam. *Br J Psychiatry* 2005;186:74-5.
4. Bhui K, Stansfeld S, Hull S et al. Ethnic variations in pathways to and use of specialist mental health services in the UK: systematic review. *Br J Psychiatry* 2003;182:105-16.
5. Morgan C, Mallett R, Hutchinson G et al. Negative pathways to psychiatric care and ethnicity: the bridge between social science and psychiatry. *Soc Sci Med* 2004;58:739-52.
6. 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* 1992;Suppl. 20.
7. Jenkins R, Meltzer H. The national survey of psychiatric morbidity in Great Britain. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1995;30:1-4.
8. World Health Organization. SCAN (Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry). Geneva: World Health Organization, 1992.
9. Lloyd T, Kennedy N, Fearon P et al. Incidence of bipolar affective disorder in three UK cities: results from the AESOP study. *Br J Psychiatry* 2005;186:126-31.

10. Fearon P, Kirkbride J, Dazzan P et al. Patterns of psychosis in Black and White minority groups in urban UK: the AESOP study. *Schizophr Bull* (in press).
11. Kirkbride J, Fearon P, Morgan C et al. Major heterogeneity in population incidence of schizophrenia and other psychotic syndromes: findings from the multi-center AESOP study. *Arch Gen Psychiatry* (in press).
12. Morgan C, Mallett R, Hutchinson G et al. Pathways to care and ethnicity I. Sample characteristics and compulsory admission: a report from the AESOP study. *Br J Psychiatry* 2005;186:281-9.
13. Morgan C, Mallett R, Hutchinson G et al. Pathways to care and ethnicity II. Source of referral and help-seeking: a report from the AESOP study. *Br J Psychiatry* 2005;186:290-6.
14. Morgan C, Fearon P, Hutchinson G et al. Ethnicity and duration of untreated psychosis in the AESOP first-onset psychosis study. *Psychol Med* (in press).
15. Morgan C, Abdul-Al R, Lappin J et al. The clinical and social determinants of duration of untreated psychosis in the AESOP first-onset psychosis study. Submitted for publication.
16. McGrath J, Saha S, Wellham J et al. A systematic review of the incidence of schizophrenia: the distribution of rates and the influence of sex, urbanicity, migrant status, and methodology. *BMC Medicine* 2004;2:13.
17. Pedersen C, Mortensen P. Evidence of a dose-response relationship between urbanicity during upbringing and schizophrenia risk. *Arch Gen Psychiatry* 2001;58:1039-46.
18. Burnett R, Mallett R, Bhugra D et al. The first contact of patients with schizophrenia with psychiatric services: social factors and pathways to care in a multiethnic population. *Psychol Med* 1999;29:475-83.
19. Cole E, Leavey G, King M et al. Pathways to care for patients with a first episode of psychosis. *Br J Psychiatry* 1995;167:770-6.
20. Bhugra D, Bhui K, Mallett R et al. Cultural identity and its measurement: a questionnaire for Asians. *Int Rev Psychiatry* 1999;11:244-9.
21. Morgan C, Kirkbride J, Mallett R et al. Social isolation, ethnicity and psychosis: findings from the AESOP first onset psychosis study. *Schizophr Bull* (in press).
22. 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.
23. Warr P. Work, unemployment and mental health. Oxford: Clarendon Press, 1987.
24. Brown G, Harris T. The social origins of depression. London: Tavistock, 1978.
25. Dazzan P, Morgan KD, Orr KG et al. The structural brain correlates of neurological soft signs in AESOP first-episode psychosis study. *Brain* 2004;127:143-53.
26. Dazzan P, Morgan K, Orr K et al. The structural brain correlates of neurological soft signs in healthy individuals. *Cerebral Cortex* (in press).
27. Dazzan P, Morgan KD, Orr K et al. Different effects of typical and atypical antipsychotics on grey matter in first episode psychosis: the AESOP study. *Neuropsychopharmacology* 2005;30:765-74.
28. Pariante C, Dazzan P, Danese A et al. Increased pituitary volume in antipsychotic-free and antipsychotic-treated patients of the AESOP first-onset psychosis study. *Neuropsychopharmacology* 2005;30:1923-31.
29. Hutchinson G, Morgan C, Murray RM. Social isolation and high rates of psychosis among migrant groups. *Eur Psychiatry* 2002;17(Suppl. 1):84.

Orígenes genético y ambiental de la ansiedad respecto a la propia salud: un estudio efectuado sobre gemelos

STEVEN TAYLOR¹, DANA S. THORDARSON¹, KERRY L. JANG¹, GORDON J.G. ASMUNDSON²

¹Department of Psychiatry, University of British Columbia, 2255 Westbrook Mall, Vancouver, BC, V6T 2A1, Canada

²Faculty of Kinesiology and Health Studies, University of Regina, Saskatchewan, S4S 0A2, Canada

La ansiedad excesiva respecto a la propia salud (una ansiedad respecto a la propia salud desproporcionada para la situación médica real) es un problema frecuente y a menudo incapacitante. Existe poca información acerca de su etiología. En el estudio que se presenta en este artículo se ha investigado la función que desempeñan los factores genéticos y ambientales a través de un estudio sobre gemelos utilizando métodos clásicos. Los resultados indican que, tras el ajuste respecto a la morbilidad médica, los factores ambientales explican la mayor parte de las diferencias individuales en cuanto a la ansiedad excesiva respecto a la salud. Estos resultados subrayan la importancia de las intervenciones psicosociales, pues se ha demostrado que están entre las intervenciones terapéuticas más eficaces en los pacientes con una ansiedad excesiva respecto a su salud.

Palabras clave: ansiedad respecto a la propia salud, factores genéticos, factores ambientales, intervenciones psicosociales

La ansiedad excesiva respecto a la propia salud es un problema frecuente y a menudo incapacitante, que hace que el paciente realice consultas frecuentes tanto a profesionales de la Medicina general como a especialistas en salud mental. La intensidad de la ansiedad respecto a la propia salud abarca desde los cuadros leves a los graves, y se considera que este trastorno es un problema de desajuste en los casos en los que dicha ansiedad es desproporcionada respecto a la situación médica objetiva del paciente. La ansiedad respecto a la salud puede adoptar diversas formas: temores relacionados con la salud (es decir, el temor a sucumbir a la enfermedad, el dolor o la muerte), convencimiento del padecimiento de una enfermedad (la creencia por parte del paciente de que sufre una enfermedad grave), comportamientos excesivos relacionados con la propia salud (p. ej., búsqueda de una tranquilidad innecesaria ofrecida por los médicos) y alteraciones de carácter funcional (p. ej., la alteración del rendimiento laboral a causa de la preocupación por las sensaciones corporales). Cuando estos aspectos son suficientemente graves y prolongados, el paciente posiblemente cumple los criterios diagnósticos de la hipocondría (1-4).

La hipocondría se origina a menudo en situaciones en las que el paciente está sometido a un estrés intenso, muestra una enfermedad grave o está en fase de recuperación de una enfermedad grave, o ha sufrido la pérdida de un familiar cercano (5). Las personas con problemas de ansiedad respecto a la propia salud pueden sufrir alguna enfermedad médica general concomitante que estimula su ansiedad. Se ha demostrado que las intervenciones psicosociales constituyen el abordaje terapéutico más eficaz frente a los problemas de ansiedad excesiva respecto a la propia salud, lo que sugiere la posibilidad de que los factores ambientales puedan desempeñar una función importante en este trastorno. Este punto de vista ha sido apoyado por Torgersen (6), que observó que el índice de concordancia respecto a la incidencia de trastornos somatomorfos a lo largo de la vida no era significativamente diferente entre los dos miembros de parejas de gemelos monocigóticos y dicigóticos, a pesar de la existencia de una similitud genética doble entre los componentes de las parejas de gemelos monocigóticos, en comparación con los componentes de las parejas de gemelos dicigóticos.

Un problema importante a la hora de interpretar los resultados de Torgersen es el pequeño tamaño de la muestra evaluada por este autor ($n = 35$ parejas de gemelos), a lo que se añade la baja incidencia de hipocondría en la población general—prevalencia a lo largo de la vida = 1-5 %—(1); ambos factores hacen que las estimaciones de concordancia realizadas en el estudio de Torgersen sean muy poco fiables.

En estudios de mayor envergadura realizados con parejas de gemelos monocigóticos y dicigóticos se ha evaluado la transmisión hereditaria de la hipocondría a través del Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI), Hypochondriasis scale (Hs). Los

resultados obtenidos muestran que la hipocondría presenta una transmisión hereditaria de grado moderado y que los factores genéticos explican hasta un 35 % de la varianza en las puntuaciones de la Hs (7, 8). Un problema que plantean estos estudios es el hecho de que el MMPI es un instrumento poco adecuado para la valoración de la hipocondría, debido a que evalúa la conciencia respecto a las sensaciones corporales, más que la hipocondría en sí misma. Como mucho, estos estudios indican que un correlato de la ansiedad respecto a la propia salud (la tendencia a experimentar sensaciones corporales de manera recurrente) tiene un grado moderado de transmisión hereditaria.

El objetivo de nuestro estudio ha sido estimar el efecto relativo de los factores genéticos y ambientales sobre la variabilidad de los parámetros de la ansiedad respecto a la propia salud, mediante la evaluación de una muestra de tamaño suficiente y aplicando un instrumento de valoración idóneo. A diferencia de lo que ha ocurrido en los estudios de investigación publicados previamente, en nuestro estudio se ha evaluado la transmisibilidad hereditaria de la ansiedad excesiva respecto a la propia salud; es decir, la transmisibilidad hereditaria de la ansiedad respecto a la propia salud tras el control estadístico de los efectos inducidos por la morbilidad médica real. En estudios previos, incluso en los realizados sobre pacientes en los que se estableció el diagnóstico de hipocondría, no se ha contemplado el hecho de que muchos pacientes hipocondríacos presentan problemas médicos reales que pueden estimular su ansiedad respecto a la salud (4). Hay muchas enfermedades médicas que muestran transmisión hereditaria. Por lo tanto, para poder investigar la transmisibilidad hereditaria de la ansiedad respecto a la propia salud es necesario el control de la morbilidad médica general. Dado que la ansiedad por la propia salud muestra un espectro continuo de gravedad, desde los cuadros leves hasta la hipocondría florida, nuestro estudio se ha realizado sobre una muestra de población general, y no sobre una muestra de pacientes hipocondríacos. En una muestra correspondiente a la población general no se plantean los problemas de restricción del intervalo de puntuaciones sobre la ansiedad respecto a la propia salud, que tendrían lugar en el caso de la evaluación de una muestra de pacientes hipocondríacos. La restricción del intervalo puede inducir una atenuación de las correlaciones existentes entre las variables, como las correlaciones genéticas.

MÉTODOS

Participantes

La muestra estuvo constituida por 88 parejas de gemelos monocigóticos y 65 parejas de gemelos dicigóticos. El contacto inicial establecido con todos los participantes se realizó a través de

anuncios en los medios de comunicación en los que se solicitaba la participación de parejas de gemelos en un estudio de investigación que se realizaría en centros metropolitanos importantes de todo Canadá, como parte del University of British Columbia Twin Project (9). La mayor parte de los participantes (80 %) era de sexo femenino, con una edad media de 39 años (desviación estándar [DE] = 14). La cigosidad se determinó a través de un cuestionario preciso (10), junto con la evaluación de fotografías recientes, en color. Los componentes de cada pareja de gemelos se habían criado juntos, y todos los participantes presentaban fluidez en el idioma inglés, hablado y escrito. Todas las personas otorgaron por escrito su consentimiento informado y recibieron un pequeño estipendio tras la finalización del estudio.

Pacientes y procedimientos

Los componentes de cada pareja de gemelos completaron de manera independiente una batería de cuestionarios en la tranquilidad del ambiente de su hogar. Entre estos cuestionarios se aplicaron las Illness Attitude Scales (IAS), que están entre los instrumentos más utilizados para evaluar la ansiedad respecto a la propia salud y que muestran grados adecuados de fiabilidad y validez (4). El análisis de factores indica que las nueve subescalas originales del instrumento IAS se pueden reducir a cuatro subescalas, que fueron las utilizadas en el estudio: intensidad del temor a la enfermedad, el dolor y la muerte; grado en que las sensaciones corporales interfieren en la actividad del paciente; frecuencia de comportamientos de búsqueda de tratamiento, y solidez de la convicción respecto al padecimiento de una enfermedad (12). Estas dimensiones se corresponden a los aspectos principales de la hipocondría florida y subclínica (1, 4). De esta manera, el instrumento IAS permite evaluar una amplia gama de intensidad de la ansiedad respecto a la propia salud, desde la más leve a la más intensa.

El instrumento IAS también contiene secciones en las que a los participantes se les solicita que pongan por escrito cualquier diagnóstico o tratamiento que hayan recibido de parte de sus médicos. En nuestro estudio, esta información fue utilizada para determinar la morbilidad médica de cada paciente. El objetivo fue el intento de determinar la existencia de una ansiedad excesiva respecto a la propia salud distinta de cualquier forma de ansiedad de carácter realista asociada al padecimiento de alguna enfermedad real de tipo médico. Diversas restricciones de tipo logístico en la obtención de los datos impidieron recoger datos de las historias clínicas y efectuar exploraciones físicas a los participantes. Las enfermedades médicas descritas por los participantes se agruparon en 13 categorías: trastornos digestivos (p. ej., colitis ulcerosa), enfermedades cardiovasculares (p. ej., fibrilación auricular), enfermedades tiroideas (hipotiroidismo o hipertiroidismo), trastornos respiratorios (p. ej., enfisema), problemas ginecológicos (p. ej., endometriosis), diabetes, nefropatía, hepatopatía, enfermedades neurológicas (p. ej., esclerosis múltiple), hemopatías (p. ej., anemia perniciosa), cuadros dolorosos crónicos (p. ej., artritis), cuadros de sensibilidad de tipo químico y síndrome de fatiga crónica. Se otorgó a cada participante una puntuación de 0 o 1 en cada categoría (ausente o presente) y se sumaron todas las puntuaciones. Posiblemente, este abordaje representa una interpretación conservadora de la morbilidad médica; es probable que se produzca una sobreestimación de la gravedad de la morbilidad médica, debido a que las personas con ansiedad respecto a la propia salud tienen a menudo la creencia infundada de que se les ha establecido el diagnóstico de alguna enfermedad médica general.

Para comprobar la validez de nuestra escala de morbilidad médica, evaluamos diversas hipótesis predictivas: las puntuaciones en esta escala se deberían relacionar con la edad; no se deberían relacionar con el sexo; se deberían relacionar con las dimensiones de la ansiedad respecto a la propia salud (es decir, con el hecho de que las

enfermedades médicas constituyen una fuente de ansiedad), y deberían tener un grado al menos moderado de transmisibilidad hereditaria (debido a que muchas enfermedades presentan un componente hereditario). Estas hipótesis fueron en gran medida confirmadas. La puntuación de morbilidad médica se relacionó positivamente con la edad ($r = 0,23$, $p < 0,01$); no se relacionó con el sexo (codificado de manera que mujer = 1, varón = 0; $r = -0,04$, $p > 0,1$) y se relacionó significativamente con las dimensiones de interferencia, de tratamiento y de convicción, evaluadas mediante el instrumento IAS (r osciló entre 0,16 y 0,20, $p < 0,01$), pero no con la dimensión de temor ($r = 0,07$, $p > 0,1$). Las puntuaciones en la escala de morbilidad médica también mostraron una transmisibilidad hereditaria moderada (transmisibilidad hereditaria = 0,37). Por lo tanto, la escala presentó un rendimiento aceptable en las pruebas de validez.

Procedimientos estadísticos

Todas las puntuaciones de ansiedad respecto a la propia salud obtenidas con el instrumento IAS fueron ajustadas para la morbilidad médica (se efectuó la exclusión de la morbilidad médica real). La edad y el sexo no se relacionaron con la ansiedad respecto a la propia salud ($r < 0,10$, $p > 0,08$). Las correlaciones entre los componentes de las parejas de gemelos monocigóticos y las parejas de gemelos dicigóticos fueron descompuestas, a través de un modelo de ecuación estructural biométrica estándar, en: componentes de la varianza atribuibles a efectos genéticos de carácter aditivo (A), influencias ambientales compartidas (C) e influencias ambientales no compartidas (E). Para ello, se aplicó el método de los cuadrados mínimos ponderados asintóticos mediante el programa Mx (13, 14). Los efectos genéticos de carácter aditivo son los que influyen de manera acumulada en un rasgo dado (es decir, no son efectos dominantes o epistáticos). Los efectos ambientales compartidos son experiencias que hacen que los hijos de una misma familia presenten similitudes entre sí (p. ej., un nivel de vida similar en función de la situación económica de los padres). Los efectos ambientales no compartidos son las experiencias que hacen que los hijos de una misma familia sean diferentes entre sí (p. ej., el favoritismo de los padres, el accidente sufrido por uno de los hijos). Para estimar el grado en que las diversas dimensiones de la ansiedad respecto a la propia salud comparten un fundamento genético o ambiental, también se calcularon las correlaciones genéticas (r_G) y ambientales (r_E). Estas correlaciones fueron interpretadas de la misma manera que cualquier otro parámetro de asociación, tal como el estadístico r de Pearson. Por ejemplo, cuanto mayor es la correlación genética respecto a un par de variables, mayor es también la similitud o coincidencia entre los factores genéticos que contribuyen a dicha variable. Si un par de variables muestra una elevada correlación genética, este hecho podría sugerir que ambas variables proceden de factores genéticos comunes. La existencia de una correlación genética baja podría indicar que ambas variables proceden de grupos de genes distintos. Las correlaciones ambientales se interpretan de la misma manera.

RESULTADOS

La tabla 1 muestra las estimaciones de las influencias genéticas y ambientales sobre las diferencias individuales en cuanto a la ansiedad respecto a la propia salud. Todas las escalas presentaron una transmisibilidad hereditaria de carácter modesto y las influencias genéticas explicaron menos del 40 % de la variabilidad. Por el contrario, los factores ambientales explicaron la mayor parte de la variabilidad en las escalas (60-90 %).

La tabla 2 muestra las correlaciones ambientales y genéticas entre las dimensiones de la ansiedad respecto a la propia salud. Las correlaciones genéticas entre las escalas son, por lo general, muy

Tabla 1 Correlaciones entre los miembros de las parejas de gemelos, modelo estadístico de ajuste y parámetros estimados para las puntuaciones de las dimensiones de la ansiedad respecto a la propia salud (tras la exclusión de los efectos de la morbilidad médica real)

	Estadístico (χ^2) para el ajuste del modelo de los efectos genéticos y ambientales						Proporción de la varianza atribuible a cada efecto		
	r_{MZ}	r_{DZ}	ACE	AE	CE	E	h^2	c^2	e^2
Temor a la enfermedad, al dolor y a la muerte	0,59	-0,03	5,54	5,54	10,01	13,59	0,37	0,00	0,63
Interferencia en la actividad causada por las sensaciones corporales	0,36	0,11	0,26	0,26	2,24	12,39	0,34	0,00	0,66
Frecuencia de comportamientos de búsqueda de tratamiento	0,19	0,02	0,44	0,44	0,99	1,70	0,13	0,00	0,87
Convicción del padecimiento de una enfermedad	0,37	-0,21	9,36	9,36	10,09	10,09	0,10	0,00	0,90

Modelos ajustados mediante el método de los cuadrados mínimos ponderados asintóticos. El mejor modelo de ajuste aparece en negrita. MZ = gemelos monocigóticos; DZ = gemelos dicigóticos; A = efectos genéticos aditivos; C = efectos ambientales comunes (compartidos); E = efectos ambientales no compartidos; h^2 , c^2 y e^2 = proporción de la varianza debida, respectivamente, a los factores genéticos aditivos, a los efectos ambientales comunes y a los efectos ambientales no compartidos.

Tabla 2 Correlaciones genéticas (en negrita, encima de los guiones) y correlaciones ambientales no compartidas (debajo de los guiones) entre las dimensiones de la ansiedad respecto la propia salud (tras la exclusión de la morbilidad médica)

	Temor a la enfermedad, el dolor y la muerte	Interferencia con la actividad causada por las sensaciones corporales	Frecuencia de búsqueda de tratamiento	Convicción del padecimiento de una enfermedad
Temor a la enfermedad, el dolor y la muerte	–	0,53*	0,44	0,91*
Interferencia con la actividad causada por las sensaciones corporales	0,18*	–	0,69*	0,75
Frecuencia de búsqueda de tratamiento	0,11	0,31*	–	0,99
Convicción del padecimiento de una enfermedad	0,29*	0,25*	0,05	–

Según modelos AE (v. tabla 1) ajustados según el método de los cuadrados mínimos ponderados asintóticos.

*p < 0,05

elevadas, lo que sugiere el hecho de que las dimensiones de la ansiedad respecto a la propia salud están influidas por un conjunto común de factores genéticos. A pesar de su magnitud, no todas las correlaciones fueron estadísticamente significativas (debido a que la significación de la correlación es función de los errores estándar de las medidas). Las correlaciones ambientales tienen una intensidad mucho menor, lo que sugiere que la mayor parte de las influencias de carácter ambiental presenta especificidad de dimensión.

DISCUSIÓN

Nuestro estudio es el primero en el que se han utilizado parámetros sólidos desde el punto de vista psicométrico y el primero en el que ha participado una muestra de tamaño suficiente para que sea posible evaluar el papel que desempeñan los factores genéticos y ambientales en el padecimiento de ansiedad excesiva respecto a la propia salud (es decir, una ansiedad respecto a la propia salud desproporcionada respecto a la morbilidad médica real). En congruencia con los resultados obtenidos en algunos de los mejores estudios de investigación realizados previamente (es decir, los estudios en los que fue evaluada una muestra de tamaño suficiente, a pesar de que en ellos se utilizaran instrumentos inadecuados) (7, 8), en nuestro estudio se demostró que algunas de las dimensiones de la ansiedad respecto a la propia salud tienen un carácter moderadamente hereditario. En los estudios previos realizados por DiLalla y cols. (7) y Gottesman (8) se señaló que los factores genéticos representan un 35 % de la varianza en las puntuaciones de la ansiedad respecto a la propia salud (evaluadas a través de la escala MMPI Hs), mientras que en nuestro estudio se ha demostrado que, en cuanto a las dos dimensiones de carácter más hereditario (los temores y la interferencia), los factores genéticos explican el 34-37% de la varianza. Las otras dos dimensiones (búsqueda de tratamiento y convicción del padecimiento de una enfermedad) explicaron el 10-13 % de la varianza. Nuestros resultados son congruentes con las propuestas previas en cuanto a que la ansiedad respecto a la propia salud es un fenómeno básicamente aprendido (15, 16). Las correlaciones ambientales indican que cada dimensión de la ansiedad respecto a la propia salud se origina a partir

de algún factor específico del ambiente (p. ej., el aprendizaje). Todavía no se ha determinado la naturaleza de estos factores.

Nuestros resultados respaldan el uso de las intervenciones terapéuticas ambientales como el abordaje terapéutico psicosocial (cognitivo-conductual) en los pacientes con ansiedad respecto a la propia salud. Las intervenciones psicosociales constituyen el abordaje terapéutico más eficaz (4). A pesar de que su eficacia en los pacientes con ansiedad respecto a la propia salud parece ser al menos similar a la de los tratamientos farmacológicos fundamentados en datos empíricos (p. ej., inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina [ISRS]), las pruebas existentes indican que las intervenciones psicosociales muestran una eficacia adecuada a largo plazo, mientras que los efectos inducidos a largo plazo por los tratamientos farmacológicos todavía no han sido evaluados (4).

Los resultados de nuestro estudio, que indican que los factores genéticos desempeñan una función en la ansiedad excesiva respecto a la propia salud, también plantean la cuestión de la posibilidad de que el tratamiento farmacológico pueda ser mejorado mediante la individualización en función del genotipo del paciente. Los estudios terapéuticos realizados sobre la depresión mayor indican que la eficacia de los ISRS es mayor en los pacientes portadores de los dos alelos largos del gen del transportador de la serotonina, en comparación con los pacientes que sólo poseen uno o dos alelos cortos (17). Podría ocurrir lo mismo en el caso de la ansiedad excesiva respecto a la propia salud. En términos más generales, dado que la ansiedad excesiva respecto a la propia salud se debe a una combinación de factores genéticos y ambientales, es posible que el tratamiento óptimo implique alguna combinación de intervenciones farmacológicas y psicosociales.

Agradecimientos

Este trabajo ha sido sufragado en parte por una New Emerging Team Grant (PTS – 63186) del Canadian Institutes of Health Research (CIHR) Institute of Neurosciences, Mental Health and Addiction. El Dr. Asmundson ha recibido ayuda económica a través de un CIHR Investigator Award.

World Psychiatry 2005; 3: 47-50

Bibliografía

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed. Text revision. Washington: American Psychiatric Association, 2000.
2. Asmundson GJG, Taylor S, Cox BJ. Health anxiety. New York: Wiley, 2001.
3. Looper KJ, Kirmayer LJ. Hypochondriacal concerns in a community population. *Psychol Med* 2001;31:577-84.
4. Taylor S, Asmundson GJG. Treating health anxiety. New York: Guilford, 2004.
5. Barsky AJ, Klerman GL. Overview: hypochondriasis, bodily complaints, and somatic styles. *Am J Psychiatry* 1983;140:273-83.
6. Torgersen S. Genetics of somatoform disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1986;43:502-5.
7. DiLalla DL, Carey G, Gottesman II et al. Heritability of MMPI personality indicators of psychopathology in twins reared apart. *J Abnorm Psychol* 1996;105:491-9.
8. Gottesman II. Differential inheritance of the psychoneuroses. *Eugenics Quarterly* 1962;9:223-7.
9. Jang KL, Livesley WJ, Vernon PA. The etiology of personality function: the University of British Columbia Twin Project. *Twin Research* 2002;5:342-6.
10. Kasriel J, Eaves LJ. The zygosity of twins: further evidence on the agreement between diagnosis by blood groups and written questionnaires. *J Biosoc Sci* 1976;8:263-6.
11. Kellner R. Abridged manual of the Illness Attitudes Scale. Unpublished manual, Department of Psychiatry, School of Medicine, University of New Mexico, Albuquerque, 1987.
12. Hadjistavropoulos HD, Frombach IK, Asmundson GJG. Exploratory and confirmatory factor analytic investigations of the Illness Attitudes Scale in a nonclinical sample. *Behav Res Ther* 1999;37:671-84.
13. Jang KL. The behavioral genetics of psychopathology. Mahwah: Erlbaum, 2005.
14. Neale MC, Boker SM, Xie G et al. Mx: statistical modeling, 6th ed. Richmond: Medical College of Virginia, 2003.
15. Mechanic D. Social psychologic factors affecting the presentation of bodily complaints. *N Engl J Med* 1972;286:1132-9.
16. Salkovskis PM, Warwick HM. Meaning, misinterpretations, and medicine: a cognitive-behavioral approach to understanding health anxiety and hypochondriasis. In: Starcevic V, Lipsitt DR (eds). *Hypochondriasis: modern perspectives on an ancient malady*. New York: Oxford University Press, 2001:202-22.
17. Taylor S, Stein MB. The future of selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) in psychiatric treatment. *Medical Hypotheses* (in press).

Salud mental de los estudiantes de la Makerere University, Uganda

EMILIO OVUGA¹, JED BOARDMAN², DANUTA WASSERMAN³

¹Department of Psychiatry, Makerere University, P.O. Box 7072, Kampala, Uganda

²Health Services Research Department, Institute of Psychiatry, King's College, London, UK

³Swedish National and Stockholm County Center for Suicide Research and Prevention of Mental Ill-Health, National Institute for Psychosocial Medicine; Department of Public Health Sciences, Karolinska Institute, Box 230 SE, 171 77 Stockholm, Sweden

Hay poca información relativa a la salud mental de los estudiantes universitarios en Uganda. El estudio que se recoge en este artículo se ha llevado a cabo para determinar la prevalencia de depresión y de ideación suicida entre los estudiantes de la Makerere University. En el estudio participaron dos grupos de estudiantes. El grupo I estuvo constituido por 253 estudiantes recién admitidos en cualquiera de las facultades de la universidad durante el año académico 2000/2001, seleccionados a través de un sencillo procedimiento de muestreo aleatorio. El grupo II estuvo formado por 101 estudiantes admitidos en la facultad de Medicina durante el año académico 2002/2003. La prevalencia de depresión se determinó a través del Beck Depression Inventory (BDI) de 13 ítems. La prevalencia de depresión (puntuación BDI ≥ 10) fue significativamente mayor en el grupo I (16,2 %) que en el grupo II (4,0 %). Los participantes del grupo I presentaron ideación suicida, tanto a lo largo de su vida como durante la semana anterior a la aplicación del BDI, en mayor medida que los participantes del grupo II. Por tanto, se ha detectado una prevalencia elevada de problemas de salud mental entre los nuevos estudiantes de la Makerere University, y esta prevalencia ha sido significativamente mayor en la población general de estudiantes que en la población de estudiantes matriculados en la facultad de Medicina.

Palabras clave: estudiantes, problemas de salud mental, depresión, ideación suicida

En Uganda, muchos de los estudiantes que se matriculan en la universidad o en otras instituciones de enseñanza superior han llevado hasta ese momento una vida plagada de dificultades: alto grado de pobreza, desaparición del apoyo social tradicional, epidemia de VIH /SIDA, etc. En estas circunstancias, se puede esperar que, cuando a todo lo señalado se añade la presión de los estudios, los estudiantes universitarios presenten un alto grado de dificultades psicológicas. No obstante, la prevalencia de los problemas de salud mental entre los universitarios de Uganda es desconocida. El estudio que se recoge en este artículo se llevó a cabo para determinar la prevalencia de depresión y de ideación suicida en dos grupos de estudiantes recién incorporados a la Makerere University, Kampala.

MÉTODOS

Se establecieron dos muestras a partir del conjunto de estudiantes de la Makerere University. La primera de ellas (grupo I) estuvo formada por 253 estudiantes de distintos cursos de las diferentes facultades, a lo largo del año académico 2000/2001. La segunda (grupo II) estuvo constituida por 101 estudiantes que habían iniciado sus estudios en la facultad de Medicina durante el curso 2002/2003. En el momento en el que se realizaron las encuestas, el grupo que había iniciado sus estudios durante el año académico 2002/2003 tuvo acceso gratuito a servicios de orientación proporcionados por otros estudiantes, lo que no ocurrió con el resto de los estudiantes, a pesar de que los servicios de orientación y guía estaban disponibles en el University Hospital.

Se utilizó el Beck Depression Inventory (BDI) de 13 ítems (1) para determinar la prevalencia probable de la depresión. Para valorar el resultado obtenido con el BDI se utilizó una escala de cuatro puntos, de 0 a 3, lo que ofreció un intervalo de puntuaciones posibles de 0-39. Se consideró que una puntuación ≥ 10 era indicativa de un cuadro probable de depresión.

La prevalencia de ideación suicida se determinó a través del recuento de las respuestas «sí» a cada una de las preguntas siguientes, incluidas en el Response Inventory for Stressful Life Events (RISLE) (2-4): a) ¿ha experimentado en alguna ocasión pensamientos suicidas junto con el deseo de acabar con su vida mediante el suicidio?, b) ¿ha experimentado durante la semana

anterior pensamientos suicidas junto con el deseo de acabar con su vida mediante el suicidio?

Los datos fueron introducidos mediante el programa Epi Info, versión 6.04, y analizados mediante el programa estadístico SPSS, versión 11.0. Para determinar los niveles de significación, se calcularon los valores p, la razón de probabilidad (*odds ratio*) y los intervalos de confianza (IC) del 95 %.

RESULTADOS

Los estudiantes del grupo II eran mayores que los del grupo I (edad media = $23,5 \pm 5,0$ y $21,3 \pm 2,4$, respectivamente; $t = -4,026$, grados de libertad [gl] = 334, $p = 0,0001$). No existieron diferencias estadísticas en el estado civil entre los estudiantes del grupo I (casado el 7,3 %) y los del grupo II (casado el 14,1 %) ($\chi^2 = 2,9$, gl = 1, $p = 0,09$, razón de probabilidad (*odds ratio* [OR]) = 0,48, IC del 95 % = 0,20-1,12). Tampoco hubo diferencias significativas entre ambos grupos respecto a la distribución por sexos (varones = 63,6 y 69 % en los grupos I y II, respectivamente; $\chi^2 = 0,69$, gl = 1, $p = 0,40$, OR = 1,27, IC del 95 % = 0,76-2,17). En conjunto, 29 estudiantes (11,5 %) del grupo I desempeñaba un empleo remunerado, además de su actividad estudiantil; ninguno de los estudiantes del grupo II trabajaba.

Alcanzaron una puntuación ≥ 10 en el BDI 37 estudiantes de un total de 228 (16,2 %) del grupo I y 4 estudiantes (4,0 %) del grupo II ($\chi^2 = 8,49$, gl = 1, $p = 0,004$, OR = 4,67, IC del 95 % = 1,61-18,50).

Los estudiantes del grupo I mostraron una probabilidad mayor que la del grupo II de experimentar ideación suicida en algún momento de su vida (56,0 % frente a 8,9 %, $\chi^2 = 63,32$, gl = 1, $p = 0,00001$, OR = 6,3, IC del 95 % = 6,15-30,42) y durante la semana anterior a la encuesta (15,5 % frente a 1,0 %, $\chi^2 = 13,49$, gl = 1, $p = 0,0002$, OR = 15,5, IC del 95 % = 2,96-41,38). En ninguno de los grupos hubo diferencias significativas entre varones y mujeres con respecto a ninguna de las variables evaluadas.

DISCUSIÓN

El índice de depresión del 16,2 % detectado en nuestro estudio en una muestra general de estudiantes universitarios de

primer año (fundamentado en la detección de puntuaciones BDI ≥ 10) es similar al índice del 13,7 % observado hace 6 años por Ovuga y cols. (5) mediante la aplicación del RISLE en un grupo comparable de estudiantes recién incorporados a la Makerere University, pero representa una cifra superior a la obtenida por German y Arya (6) (10,8 %), que realizaron un estudio fundamentado en las historias clínicas. En un estudio efectuado en estudiantes en Turquía, Bostanci y cols. (7) detectaron un índice de prevalencia de depresión del 32,1 %, a través del BDI de 21 ítems, y la depresión se asoció a un rendimiento académico bajo. En otro estudio efectuado en Sao Paulo, Brasil, Nogueira-Martins y cols. (8) observaron un índice de depresión del 44 % y un índice de comportamiento suicida del 18 %; en este estudio, la depresión fue el factor responsable del 4,5 % de los casos de abandono de los estudios. Los resultados obtenidos en Ibadan, Nigeria, indicaron que el 12 % de los estudiantes de cursos preclínicos (9) y el 21 % de los de cursos clínicos (10) presentaba problemas de salud mental a consecuencia de problemas familiares, dificultades económicas, dificultades en las relaciones interpersonales y temor a los exámenes.

Entre los estudiantes de la Makerere University hubo casos de suicidio consumado, y los resultados obtenidos en nuestro estudio confirman que el riesgo de suicidio es real, debido a que los estudiantes de los dos grupos evaluados señalaron haber presentado ideación suicida a lo largo de su vida y a lo largo de la semana anterior a la encuesta; no obstante, los índices de ideación suicida fueron significativamente mayores en el grupo general de estudiantes universitarios de primer año.

En un estudio publicado recientemente por Nalugya (11) se señaló la existencia de un elevado índice de trastornos mentales (21 %), principalmente depresión y trastornos de ansiedad, entre los estudiantes de secundaria del distrito Mukono en la parte central de Uganda, lo que sugiere que los estudiantes que se inscriben en la Makerere University podrían sufrir sus problemas de salud mental desde varios años antes. Este resultado indica la necesidad de la provisión de servicios de promoción de salud mental en la universidad, que incluyan programas de educación en salud mental y programas de detección de enfermedades mentales.

La facultad de Medicina ofrece ya en este momento servicios de orientación proporcionados por estudiantes especialmente preparados. A pesar de que la eficacia de estos servicios no ha sido evaluada, es posible que el bajo índice de depresión observado entre los estudiantes del grupo II en nuestro estudio pueda ser atribuido, al menos en parte, a la existencia de los servicios de orientación proporcionados por los propios estudiantes en la facultad de Medicina. También es probable que el bajo índice sea debido a la tendencia de los estudiantes de Medicina a negar y rechazar los comportamientos de búsqueda de ayuda en los casos de padecimiento de problemas emocionales (12).

Agradecimientos

Los autores quieren agradecer el apoyo científico prestado por el Swedish National and Stockholm County Center for Suicide Research and Prevention of Mental Ill-Health y por el Department of Public Health Sciences del Karolinska Institute, Estocolmo, Suecia. Este estudio ha sido sufragado por el Department for Research Co-operation (SAREC), perteneciente a la Swedish International Development Agency (SIDA).

World Psychiatry 2005; 3: 51-52

Bibliografía

1. Beck A, Steer R. Beck Depression Inventory manual. New York: Harcourt Brace Jovanovich, 1987.
2. Ovuga E, Mugisha R. Attitudes and psychological characteristics of suicidal individuals. *Crisis* 1990;11:60-72.
3. Ovuga E, Buga J, Guwatudde D. Prediction of self-destructive behavior among Makerere University students. *East Afr Med J* 1996;73:448-52.
4. Ovuga E. Depression and suicidal behavior in Uganda. Validating the Response Inventory for Stressful Life Events (RISLE). PhD Dissertation, Karolinska Institute, Stockholm, and Makerere University, Kampala, 2005.
5. Ovuga E, Buga J, Guwatudde D. Risk factors in self-destructive behavior among fresh students at Makerere University. *East Afr Med J* 1995;72:722-7.
6. German A, Arya O. Psychiatric morbidity amongst a Ugandan student population. *Br J Psychiatry* 1969;115:1323-9.
7. Bostanci M, Ozdel O, Oguzhanoglu NK et al. Depressive symptomatology among university students in Denizli, Turkey: prevalence and socio-demographic correlates. *Croat Med J* 2005; 46:96-100.
8. Nogueira-Martins LA, Fagnani Neto R, Macedo PC et al. The mental health of graduate students at the Federal University of Sao Paulo: a preliminary report. *Braz J Med Biol Res* 2004;37: 1519-24.
9. Omokhodion FO. Psychosocial problems of pre-clinical students in the University of Ibadan Medical School. *Afr J Med Sci* 2003; 32:135-8.
10. Omokhodion FO, Gureje O. Psychosocial problems of clinical students in the University of Ibadan Medical School. *Afr J Med Sci* 2003;32:55-8.
11. Nalugya J. Depression amongst secondary school adolescents in Mukono district, Uganda. Dissertation, Makerere University, Kampala, 2004.
12. Chew-Graham CA, Rogers A, Yassin N. "I wouldn't want it on my CV or their records": medical students' experiences of help-seeking for mental health problems. *Med Educ* 2003;37:873-80.

Redenominación de la esquizofrenia: una perspectiva japonesa

MITSUMOTO SATO

Department of Psychiatry, Tohoku Fukushi University, 1-8-1, Kunimi, Aoba-ku, Sendai-shi, Miyagi 981-8522, Japan

Con el objetivo de contribuir a la reducción del estigma relacionado con la esquizofrenia, así como de mejorar la práctica clínica en el tratamiento de esta enfermedad, la Japanese Society of Psychiatry and Neurology sustituyó en 2002 el término antiguo de la enfermedad «Seishin Bunretsu Byo» («enfermedad de la mente dividida») por el nuevo término «Togo Shitcho Sho» («trastorno de integración»). Esta redenominación tuvo lugar a consecuencia de la iniciativa adoptada por un grupo de familiares de pacientes. Las razones principales para la redenominación fueron la ambigüedad del término antiguo, los avances recientes en la investigación sobre la esquizofrenia y la imagen negativa fuertemente implantada de la esquizofrenia, debida en parte al tratamiento inhumano que recibían en épocas pasadas los que padecían esta enfermedad. Además, la redenominación ha tenido que ver con la sustitución del modelo de enfermedad de Kraepelin por el modelo de vulnerabilidad-estrés. En una encuesta realizada 7 meses después de la redenominación en todas las prefecturas de Japón se observó que el término antiguo había sido sustituido por el término nuevo en aproximadamente el 78 % de los casos. La redenominación incrementó el porcentaje de casos en los que los pacientes fueron informados del diagnóstico, desde el 36,7 al 69,7 %, a lo largo de 3 años. El 86 % de los psiquiatras de la prefectura de Miyagi consideró que el término nuevo era más adecuado para informar a los pacientes acerca del diagnóstico y también para explicarles el concepto moderno de la enfermedad. En 2004 se elaboraron las directrices para el tratamiento de la «Togo Shitcho Sho», bajo el marco del modelo de vulnerabilidad-estrés.

Palabras clave: esquizofrenia, estigma, redenominación, modelo de vulnerabilidad-estrés

La esquizofrenia es en todo el mundo una de las causas principales de pérdida de años de vida ajustados por discapacidad (*disability-adjusted life years*, DALY) y de años de vida vividos con discapacidad en las personas de 15 a 44 años de edad (1). A lo largo de 1999, en Japón, recibieron tratamiento diariamente por esquizofrenia 260.000 pacientes; además, durante el año 2002, 202.012 pacientes con esquizofrenia fueron ingresados en hospitales psiquiátricos. Los pacientes esquizofrénicos constituyeron el 53 % de todos los pacientes con trastornos mentales ingresados en hospitales psiquiátricos durante 2002, y la duración media de su hospitalización fue de 363,7 días a lo largo de este mismo año.

Tras el Día Mundial de la Salud 2001, se implementaron en Japón diversas iniciativas para promover la asistencia psiquiátrica de carácter ambulatorio o comunitario, más que la de tipo hospitalario. A pesar de que el WPA Global Programme against Stigma and Discrimination because of Schizophrenia (2) se inició en 1996, la Japanese Society of Psychiatry and Neurology (JSPN) ya había empezado en 1993 a tomar iniciativas para eliminar los errores de concepto y los prejuicios fuertemente arraigados respecto a la esquizofrenia. Como parte de estas iniciativas, se consideró la sustitución del término japonés antiguo de la esquizofrenia «Seishin Bunretsu Byo», (es decir, «enfermedad de la mente dividida») por un término nuevo «Togo Shitcho Sho», (es decir, «trastorno de integración»). El nuevo término fue probado por la Asamblea general de la JSPN en agosto de 2002. En este artículo se revisa el impacto que ha tenido dicha redenominación sobre la práctica psiquiátrica en Japón.

FUNDAMENTOS PARA LA REDENOMINACIÓN DEL TÉRMINO JAPONÉS QUE DESIGNA LA ESQUIZOFRENIA

En 1993, la National Federation of Families with Mentally Ill in Japan (NFFMIJ) solicitó a la JSPN la sustitución del término «Seishin Bunretsu Byo» por algún otro término menos estigmatizante. El Committee on Concept and Terminology de la JSPN comenzó a evaluar esta solicitud en 1995. Tras una serie de investigaciones, simposios y seminarios celebrados en el contexto de la reunión anual de la JSPN, se decidió la modificación del término antiguo por uno nuevo, teniendo en cuenta que: a) la sustitución no debía perjudicar a los pacientes, y b) el término nuevo debía transmitir la impresión de que la esquizofrenia es una enfermedad definida por un síndrome clínicamente significativo, no por una etiología determinada, un conjunto de síntomas, una evolución

clínica o determinadas alteraciones patológicas. El mencionado comité evaluó varias alternativas y seleccionó finalmente el término de «Togo Shitcho Sho» («trastorno de integración»). Tras una serie de encuestas efectuadas en el contexto de la NFFMIJ, los ciudadanos y los miembros de la JSPN respecto a la idoneidad del nuevo término, y después de una sesión pública, el JSPN Board aceptó la nueva denominación, que –finalmente– fue aprobada por la Asamblea general de la JSPN en agosto de 2002.

RAZONES PARA LA REDENOMINACIÓN

La primera razón para la redenominación fue la necesidad de eliminar el impacto negativo que tenía tanto sobre los pacientes como sobre sus familias la aplicación del diagnóstico con el término antiguo. En Japón, muchos psiquiatras dudaban en informar a los pacientes respecto al establecimiento del diagnóstico de esquizofrenia utilizando el término antiguo, dadas las posibles consecuencias negativas de ello sobre el cumplimiento del tratamiento por parte de los pacientes y sobre la evolución de la enfermedad. Por ejemplo, Ono y cols. (3) señalaron en 1999 que el 52 % de los miembros del JSPN Council sólo informaba de manera ocasional a los pacientes respecto al diagnóstico de esquizofrenia, y siempre de manera individualizada; además, sólo el 7 % de ellos comunicaba a todos sus pacientes el diagnóstico. El 37 % de los miembros únicamente informaba a los familiares de los pacientes. Por otra parte, Koishikawa (4) señaló en 1997 que sólo el 16,6 % de los pacientes y el 33,9 % de las familias conocían correctamente el diagnóstico. Esto quiere decir que aproximadamente 167.000 pacientes con esquizofrenia atendidos en Japón permanecieron ingresados en una planta psiquiátrica durante más de un año (como promedio) sin conocer realmente cuál era su diagnóstico. Estos resultados indican la existencia de una profunda brecha en la comunicación entre los psiquiatras, los pacientes y sus familias, lo que dificulta tanto la colaboración de los familiares de los pacientes con el tratamiento como la aplicación de medidas psicoeducativas.

El término antiguo identificaba a los pacientes como individuos con una personalidad desorganizada, incluso tras su recuperación o tras la remisión completa de la enfermedad. Es decir, una vez que se establecía el diagnóstico de «Seishin Bunretsu Byo», el paciente era considerado en términos generales como una persona básicamente enferma durante el resto de su vida. Ésta fue la razón principal por la que la NFFMIJ solicitó a la JSPN la sustitución del término antiguo.

Por otra parte, en muchos libros de texto japoneses de Psiquiatría publicados hasta el decenio de 1970, la «Seishin Bunretsu Byo» se describía básicamente en función del concepto de demencia precoz. Se caracterizaba por un mal pronóstico y por un proceso crónico de deterioro que daba lugar finalmente a un derrumbe de la personalidad. Requería que el médico evaluara el progreso del deterioro. Por lo tanto, no es sorprendente que en una encuesta realizada en 1996 (5), el 77,3 % de los miembros del JSPN Council considerara que la imagen general de la esquizofrenia en la sociedad era la de una enfermedad que no tenía ninguna forma de tratamiento.

Sin embargo, a partir de la década de 1970, Bleuler (6), Harding y cols. (7), Ciompi (8) y otros autores publicaron estudios con seguimiento a largo plazo de pacientes con esquizofrenia en los que se demostró que una proporción importante de estos pacientes se puede recuperar. Ciompi propuso un enfoque biopsicosocial complejo para la esquizofrenia (9), en función del modelo de vulnerabilidad-estrés (10). Por lo tanto, en la actualidad la esquizofrenia se considera un síndrome clínicamente significativo cuya etiología y fisiopatología no han sido firmemente establecidas.

Junto con los modernos avances que se han realizado en neurociencia y en el desarrollo de las intervenciones farmacológicas y psicosociales, la investigación de los factores biológicos de riesgo para la esquizofrenia y el logro de la integración social de los pacientes constituyen las dos líneas principales de investigación de la esquizofrenia en Japón. Estos avances recientes en la investigación también han contribuido a que la JSPN abandone tanto el término antiguo de la enfermedad como el concepto en el que éste se sustentaba.

Una razón adicional para explicar la estigmatización que acompañaba al término antiguo es la historia del tratamiento inhumano de los pacientes con «Seishin Bunretsu Byo» durante la primera mitad del siglo xx. En aquella época, las familias eran obligadas, mediante una legislación especial («Seishin Byo Sha Kango Ho») a hacerse cargo de estos pacientes. Algunos pacientes eran confinados en una pequeña habitación o cabaña aislada, aplicando sistemas de restricción física. Esta normativa legal fue sustituida en 1950 por una Ley de higiene mental, que fue revisada en 1965. Después, en 1987 y 1995, se promulgaron la Ley de salud mental y la Ley de salud mental y bienestar, respectivamente. Tras este esfuerzo continuado, el tratamiento psiquiátrico y la asistencia que se llevan a cabo hoy en día en Japón han mejorado de manera considerable. No obstante, el estigma asociado a esta larga historia de exclusión y de tratamiento inhumano sigue profundamente arraigado.

El nuevo término para la esquizofrenia («Togo Shitchō Shō») está fundamentado en el modelo de vulnerabilidad-estrés, que considera que la enfermedad se puede tratar y que el paciente se puede recuperar mediante un abordaje terapéutico combinado con la farmacoterapia y la intervención psicosocial apropiadas. En Japón se utiliza este modelo en la práctica clínica y en las investigaciones acerca de la vulnerabilidad biológica frente a la esquizofrenia.

DIFUSIÓN DEL TÉRMINO NUEVO TRAS LA REDENOMINACIÓN

Tras la aprobación oficial del nuevo término, en la prefectura de Miyagi y en Sendai City (n = 1.944) se evaluó mensualmente la frecuencia de aparición de los términos antiguo y nuevo en los hospitales psiquiátricos. Seis meses después de la red denominación, el término nuevo se utilizaba en el 85,5 % de los casos en Sendai City y en el 74,5 % de los casos en la prefectura de Miyagi. Siete meses después de la red denominación se realizó una encuesta similar en todas las prefecturas de Japón. El nuevo término fue utilizado, como promedio, en el 78 % de los casos (n = 17.108) (11).

Nishimura y Ono (12) observaron que el porcentaje de casos en los que los pacientes eran informados acerca del diagnóstico

de la enfermedad que padecían aumentó desde el 36,7 % en 2002 hasta el 65,0 % en 2003 y, finalmente, hasta el 69,7 % en 2004. Estos investigadores también observaron que en 2004 el 98,0 % de los psiquiatras que informaban generalmente a los pacientes respecto al diagnóstico de su enfermedad utilizó el término nuevo, en comparación con el 68,0 % y el 86,0 % en 2002 y en 2003, respectivamente. Sin embargo, el 35,9 % de estos psiquiatras también utilizaba simultáneamente el término antiguo. Por lo tanto, el uso del término nuevo aumentó claramente la frecuencia con la que los pacientes eran informados acerca de su diagnóstico.

En nuestra encuesta realizada 13 meses después de la red denominación a 136 miembros del Miyagi College of Psychiatrists (11), el 86 % de los encuestados consideró que el término nuevo facilitaba la información del diagnóstico a los pacientes y la explicación del concepto de la enfermedad. El 82 % de los encuestados señaló que el término nuevo era más adecuado para obtener el consentimiento para el tratamiento por parte de los pacientes, más útil para mejorar el grado de cumplimiento del tratamiento por los pacientes, más eficaz para reducir el estigma y más promotor respecto al logro de la integración social de los pacientes.

El College of Chairman Psychiatrists of Japan publicó en 2004 el Practice Guideline for the Treatment of Schizophrenia (13), utilizando para ello tanto el término nuevo como el modelo de vulnerabilidad-estrés. En estas directrices se recomiendan: a) el enfoque asistencial de los esquizofrénicos fundamentado en la comunidad más que en el hospital; b) la evaluación multiaxial basada en el DSM-IV-TR para la formulación de un plan terapéutico que incluya las intervenciones farmacológica y psicosocial; c) un plan terapéutico formulado adecuadamente para las diferentes fases de la enfermedad (aguda, de remisión y de estabilidad); d) el establecimiento de una alianza terapéutica en la que participen los asistentes sociales psiquiátricos.

El proceso que se acaba de señalar formará parte del Global Programme against Stigma and Discrimination because of Schizophrenia, de la WPA. Además, este proceso ha dado lugar a una serie de iniciativas antiestigma en muchas áreas de Japón (14) y ha contribuido a la implementación de nuevas directrices políticas por parte del gobierno (15). Podría constituir un modelo útil también en otros países de todo el mundo.

Agradecimientos

Este trabajo ha sido financiado en parte por una ayuda del Ministry of Health, Labor and Welfare de Japón. El autor de este artículo quiere dar las gracias a los Dres. K. Asai, T. Iwade, S. Ushijima, Y. Ono, K. Okagami, Y. Kim, T. Sakai, Y. Satsumi (Nishimura), T. Someya, S. Takagi, Y. Nakane, K. Moriyama por su excelente colaboración en el JSPN Committee for Re-labeling the Term Schizophrenia (1994-2000), en el JSPN Special Committee for Renaming Schizophrenia (2001-2003) y en la Japanese Society against Stigma for Mental Disorders.

World Psychiatry 2005; 3: 53-55

Bibliografía

1. World Health Organization. The world health report 2001. Mental health: new understanding, new hope. Geneva: World Health Organization, 2001.
2. World Psychiatric Association. Schizophrenia – Open the doors, the WPA Global Programme against Stigma and Discrimination because of Schizophrenia. New York: World Psychiatric Association, 2002.
3. Ono Y, Satsumi Y, Kim Y et al. Schizophrenia: is it time to replace the term? *Psychiatry Clin Neurosci* 1999;53:335-41.
4. Koishikawa H, Kim Y, Yuzawa C et al. Investigation of the con-

- sciousness of the patients and families about the given information of the disease. In: Uchimura H (ed). *Studies on clinical features, treatment, and rehabilitation of schizophrenia*. Tokyo: Ministry of Health and Welfare, 1997:12 (in Japanese).
5. JSPN Committee for Re-labeling the Term Schizophrenia. Report of survey questionnaire on the term and concept of schizophrenia. *Psychiatr Neurol Japonica* 1996;98:245-65 (in Japanese).
 6. Bleuler M. *The schizophrenic disorders: long-term patient and family studies*. New Haven: Yale University Press, 1978.
 7. Harding CM, Brooks GW, Ashikaga T et al. The Vermont study of persons with severe mental illness. Long-term outcome of subjects who retrospectively met DSM-IV criteria for schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1987;144:727-35.
 8. Ciompi L. The natural history of schizophrenia in the long term. *Br J Psychiatry* 1980;136:413-20.
 9. Ciompi L. The dynamics of complex biological psychosocial systems – four fundamental psychobiological mediators in the long-term evolution of schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1989;155(Suppl. 5):15-21.
 10. Zubin J, Spring B: Vulnerability – a new view of schizophrenia. *J Abnorm Psychol* 1977;80:103-26.
 11. Sato M, Koiwa M. Prevalence of “Togo Shitchō Sho” (schizophrenia) and the ripple effect. In: Ono Y (ed). *Studies on the effects of renaming psychiatric disorders*. Tokyo: Ministry of Health, Labor and Welfare, 2005:14-8 (in Japanese).
 12. Nishimura Y, Ono H. A study on renaming schizophrenia and informing diagnosis. In: Ono Y (ed). *Studies on the effects of renaming psychiatric disorders*. Tokyo: Ministry of Health, Labor and Welfare, 2005:6-13 (in Japanese).
 13. Sato M, Inoue S. *The treatment guideline of Togo Shitchō Sho (schizophrenia)*. Tokyo: Igaku Shoin, 2004.
 14. Sato M. The Yokohama declaration: an update. *World Psychiatry* 2005;4:60-1.
 15. Sato M. *Studies on removing the stigma against persons with mental illness. Report 2002-2004*. Tokyo: Ministry of Health, Labor and Welfare, 2005 (in Japanese).

Desarrollo de la reforma psiquiátrica en Eslovenia

VESNA ŠVAB, URBAN GROLEGER, SLAVKO ZIHERL

University Psychiatric Hospital Ljubljana, Studenec 48, 1260 Ljubljana, Slovenia

En este artículo se revisa sucintamente la situación de la asistencia psiquiátrica en Eslovenia. La reducción del número de camas en los hospitales psiquiátricos se inició ya en el decenio de 1970, y durante los últimos años ha tenido lugar una nueva disminución en dicho número. El número de ingresos en estos hospitales ha aumentado recientemente, aunque las hospitalizaciones se han hecho más breves. Por otra parte, el acceso a las instalaciones ambulatorias psiquiátricas es cada vez más difícil. En estas circunstancias, es necesario potenciar la asistencia psiquiátrica comunitaria. Los pacientes y sus familias tienen grandes expectativas acerca de la nueva legislación en salud mental; se supone que ésta estará acompañada de un programa nacional de salud mental.

Palabras clave: Eslovenia, hospitales psiquiátricos, consultas ambulatorias, reforma psiquiátrica

Eslovenia es un país localizado en Europa central, con 2 millones de habitantes, recientemente incorporado a la Unión Europea. La asistencia de las personas que sufren trastornos mentales graves en este país ha sido realizada, tradicionalmente, por las instituciones psiquiátricas, sin que hayan existido iniciativas políticas o profesionales expresas para redistribuir los recursos sanitarios en el ámbito comunitario ni para integrar los servicios de salud mental dentro de los servicios de atención primaria de la salud.

El número de camas de los hospitales psiquiátricos comenzó a reducirse ya en el decenio de 1970, pero sin el establecimiento de servicios complementarios en el ámbito comunitario; los pacientes crónicos fueron trasladados desde los hospitales a asilos o residencias de tercera edad, o fueron devueltos a sus familias. La mayor parte de la población hospitalaria recibió rápidamente el alta hace 20 años, sin que existieran los medios para ello y en función de presiones de tipo económico. Actualmente, en el hospital psiquiátrico central esloveno (University Psychiatric Hospital Ljubljana) sólo permanece hospitalizado a largo plazo aproximadamente el 2 % de los pacientes.

Durante los últimos años, el número de hospitalizaciones en el mencionado hospital ha aumentado rápidamente, al tiempo que las hospitalizaciones han sido cada vez más breves, debido fundamentalmente a la reducción en el número de camas psiquiátricas (el 22 % entre 1998 y 2004). La financiación del hospital es estable y no depende del número de hospitalizaciones. A pesar de que existen mayores necesidades, el ingreso hospitalario está reservado para los pacientes con enfermedades más graves.

En Eslovenia hay un psiquiatra y 0,5 camas hospitalarias por cada 10.000 habitantes. El 75 % de los psiquiatras eslovacos trabaja en los hospitales, pero al mismo tiempo también ejerce en consultorios ambulatorios. Las hospitalizaciones se han duplicado a lo largo de los 10 últimos años. Según las directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el tratamiento hospitalario de los casos psiquiátricos se debe llevar a cabo predominantemente en hospitales generales; sin embargo, los hospitales generales eslovacos disponen de un número de camas limitado para este objetivo. La disponibilidad del tratamiento psiquiátrico no es uniforme: en la región de Ljubljana hay un psiquiatra por cada 6.500 personas, mientras que en otras regiones en las que no existen hospitales un psiquiatra debe cubrir a una población de 25.000 personas. Este problema se agrava aún más por el hecho de que las regiones en las que el número de psiquiatras es menor tienen los índices más elevados de pacientes con trastornos mentales graves, un dato que queda evidenciado por la estadística de suicidios (1).

El tiempo de espera para recibir tratamiento psiquiátrico ambulatorio en la región central de Eslovenia se ha ido incrementando progresivamente y en la actualidad es, como promedio, de 4 meses. El acceso a las instalaciones psiquiátricas ambulatorias, que en épocas anteriores era sencillo –incluso sin necesidad de

formularios de remisión de los pacientes–, es actualmente cada vez más difícil. Los servicios sociales y sanitarios trabajan de manera descoordinada con respecto a la atención de los pacientes y con respecto a su propia formación y a su propio entrenamiento. Importantes aspectos interdisciplinares de la atención, como la rehabilitación psicosocial, no están incluidos en ningún programa formativo universitario, y el grado de colaboración entre las instituciones universitarias es bajo. Los programas de estudios que se imparten en las facultades de Medicina, psicología y educación, así como en el colegio de médicos, no están coordinados y no contribuyen a eliminar la actitud discriminatoria de los estudiantes hacia los pacientes psiquiátricos. Más que orientadas hacia programas, las ideas relativas a la planificación de los servicios de salud mental tienen un carácter estático y proceden de las instituciones ya existentes.

Nuestro grupo considera que, en estas circunstancias, es necesaria la promoción de las actividades preventivas, con objeto de garantizar las intervenciones rápidas y adecuadas en los hogares de los pacientes, así como la implementación de tratamientos y seguimientos continuados en los ámbitos naturales (asistencia domiciliaria, intervención en momentos de crisis), tal como sugieren las directrices de la OMS. Se espera que el apoyo más significativo a este respecto provenga de las asociaciones de voluntariado privadas sin ánimo de lucro en el seno de la comunidad, que están en pleno crecimiento. Estas asociaciones ofrecen su ayuda principalmente a través de: orientación, apoyo y ayuda ante circunstancias vitales difíciles, programas de formación y de empleo, etc. Algunas de ellas también ofrecen servicios de rehabilitación en centros regionales de toda Eslovenia.

En función del modelo propuesto por Thornicroft y Tansella (2), sería aconsejable desarrollar en Eslovenia unidades de asistencia primaria coordinadas entre sí y atendidas por equipos de profesionales de salud mental comunitaria respaldados por especialistas, que realizaran el control de los casos y el seguimiento comunitario a largo plazo de los pacientes, realizando consultas ambulatorias y aplicando las directrices aceptadas acerca de la asistencia en salud mental. La armonización entre los servicios sanitarios, los servicios sociales, los organismos de vivienda y las organizaciones no gubernamentales (ONG) es esencial para conseguir la continuidad y la calidad de la asistencia. Sin embargo, hasta el momento la planificación de una red de servicios coordinados dirigidos a la asistencia psiquiátrica no ha constituido una prioridad en Eslovenia. A iniciativa de las ONG se han empezado a desarrollar servicios de rehabilitación en los hospitales, en el contexto de los cuales ha tenido lugar la implementación inicial de programas educativos dirigidos hacia los pacientes y sus familias.

En la actualidad, el hospital central de Eslovenia está desarrollando nuevas formas de realizar el seguimiento de los pacientes, conservando el registro de los servicios utilizados y planificando

acciones asistenciales tras el alta de los pacientes. Los estándares de tratamiento se definen a través de distintos abordajes clínicos, dirigidos hacia grupos de pacientes con diagnósticos específicos. Estos protocolos han sido elaborados teniendo en cuenta la colaboración entre los servicios comunitarios, la evaluación de las necesidades de los pacientes, el ajuste de los tratamientos a esas necesidades individuales y la participación de los pacientes en el proceso terapéutico. Durante los últimos meses hemos observado, por primera vez, que algunos equipos de salud mental llevan a cabo parte de su trabajo en los domicilios de los pacientes. Se ha puesto énfasis en el trabajo en equipo y en el establecimiento consensuado de los objetivos terapéuticos, y se han obtenido resultados positivos en pacientes con enfermedad mental crónica, que fueron dados de alta e incluidos programas de atención comunitaria (3). El principal apoyo para la implementación de estos programas comunitarios de rehabilitación ha procedido de organizaciones voluntarias sin ánimo de lucro.

Tras el colapso de las consultas ambulatorias a consecuencia de la privatización de los servicios, hemos intentado transferir parte de las actividades terapéuticas y asistenciales a los médicos generales. Sin embargo, estos profesionales suelen estar sobrecargados (cada uno de ellos debe atender a un promedio de 1.800 pacientes) y, por lo tanto, no es fácil que puedan absorber la asistencia de un número adicional de pacientes psiquiátricos.

Los pacientes, y especialmente sus familias, tienen grandes expectativas acerca de la nueva legislación eslovena en salud mental, que está en proceso de elaboración desde hace casi un decenio. Se espera que la nueva normativa legal esté acompañada de un programa nacional que garantice el hecho de que las personas que sufren trastornos mentales graves poseen los mismos derechos que otras personas discapacitadas en cuanto a las posibilidades laborales y a la percepción de apoyo social. Sin embargo, parece que la ley, que se está elaborando en este momento con el aporte de representantes de distintos ministerios públicos, definirá en primer lugar los procedimientos de hospitalización involuntaria y los perfiles del nuevo personal laboral que ejercerá las tareas comunitarias de seguimiento y supervisión.

La principal preocupación es que la ley defina ciertos derechos pero sin garantizar su ejercicio en la práctica, dado que Eslovenia carece de recursos humanos y del personal con la formación suficiente para implementar las tareas de supervisión y apoyo.

Deberían tomar parte en el análisis y la discusión de la ley los profesionales de la Psiquiatría, los usuarios de los servicios de salud mental y las familias de los pacientes. La primera mesa redonda sobre la nueva ley fue organizada por la organización de voluntariado y sin ánimo de lucro «SENT»; en dicha mesa redonda se analizó la Declaración de Helsinki (4) en la que la OMS y sus estados miembro establecen como prioridades la promoción de la salud mental, el tratamiento y la rehabilitación.

De acuerdo con lo establecido en esa Declaración, las políticas de salud mental, así como las normas y los programas que se elaboren, deben tener en cuenta los conocimientos actuales acerca de la salud mental y el ejercicio efectivo de los derechos humanos. De esa manera, se debe ofrecer a las personas que sufren problemas de salud mental una asistencia y un tratamiento integrales, a través de los distintos ámbitos y contextos en los que estas personas participan, respetando sus preferencias personales y protegiéndolas frente a las situaciones de abandono y abuso. No obstante, los hospitales y las instituciones sociales sobrecargados y poco accesibles, atendidos por un personal que no está cualificado ni dispuesto para el trabajo comunitario, no permiten alcanzar estos requerimientos. Sólo se pueden contemplar algunos avances en la actitud cada vez más competente y exigente de los usuarios de los servicios, en el intento —todavía aislado y carente de un marco legislativo— de llevar a cabo intervenciones de carácter comunitario, y en la presión ejercida por las ONG en su lucha frente a la estigmatización de las personas que sufren trastornos mentales.

World Psychiatry 2005; 4: 56-57

Bibliografía

1. Marušič A, Zorko M. Suicide mortality in Slovenia: regional variation. *Crisis* 1998;19:159-67.
2. Thornicroft G, Tansella M. Balancing community-based and hospital-based mental health care. *World Psychiatry* 2002;2:84-90.
3. Švab V, Tomori M, Zalar B et al. Community rehabilitation service for patients with severe psychotic disorders: the Slovene experience. *Int J Soc Psychiatry* 2002;48:156-60.
4. World Health Organization. Mental health declaration for Europe. Helsinki: World Health Organization, 2005.

Carta al director

He leído con gran interés el artículo especial acerca del constructivismo publicado por Mahoney y Granvold en el segundo número de 2005 (junio de la edición original) de *World Psychiatry* (1), y me gustaría ofrecer un breve comentario acerca de sus implicaciones respecto a la conceptualización de los estados psicopatológicos.

Hoy en día, los profesionales de la psiquiatría están guiados mentalmente por el sistema establecido en el DSM, que clasifica los estados psicopatológicos en categorías que tienden a poseer una «razón de ser» independiente, desatendiendo a las personas que sufren los síntomas. Así, se prioriza un punto de vista de carácter transversal frente a un abordaje de carácter longitudinal que enfatice la biografía individual del paciente.

Las escuelas tradicionales de psicopatología, especialmente las de orientación dinámica, han hecho hincapié en el significado del desarrollo del individuo a lo largo de su ciclo vital y, hoy en día, puede observarse una revitalización de este enfoque en los diferentes países del mundo. Estos cambios en el razonamiento psiquiátrico nos recuerdan el debate filosófico generalmente conocido como la «disputa de los universales (*universalia*)».

¿Tienen los universales (las nociones generales) una existencia real o son simplemente «denominaciones» («*nomina*» en latín o –como preferimos llamarlas hoy en día– «construcciones mentales»)? Según el punto de vista «realista», las nociones generales existen con independencia de las entidades reales a las que hacen referencia («*universalia ante rem*»). Este concepto procede de Platón, quien atribuía una existencia «real» a las «ideas».

Sin embargo, según el punto de vista del «realismo moderado» las nociones generales poseen una existencia real pues contienen la esencia de los aspectos individuales, aunque estos aspectos individuales no se pueden extraer por completo de dichas nociones. En consecuencia, el Ser universal se manifiesta en las entidades individuales («*universalia in re*»), pero no tiene una existencia propia.

El pensamiento «antirrealista» procede de Aristóteles y se ha desarrollado posteriormente hasta la denominada posición

«nominalista», según la cual las nociones generales no poseen una existencia real sino que son únicamente nombres o denominaciones («*nomina*»). La universalidad de las cosas no existe, excepto en las palabras («*universalia post rem*»).

Parece adecuado analizar las categorías diagnósticas de la psiquiatría a la luz de esta disputa medieval. El impresionante crecimiento de las categorías diagnósticas más recientes en psiquiatría no es nada más que un sistema moderno de «*universalia*» (nociones generales). Es obvio que las categorías se manifiestan en sí mismas a través de las personas que padecen los síntomas; por lo tanto, se puede dudar de su existencia independiente («*universalia ante rem*»). No obstante, los programas de investigación internacionales, la práctica clínica y la presión ejercida por los organismos de financiación fuerzan en ocasiones a los psiquiatras (al conjunto de los profesionales de la medicina en un sentido amplio) a considerar las categorías diagnósticas como entidades independientes. Más que adoptar un punto de vista «realista moderado», caemos en la trampa del realismo extremo. Al efectuar un análisis más pormenorizado de estas construcciones mentales (categorías diagnósticas), las enajenamos del control de la realidad (las personas que sufren los síntomas) y las colocamos en un mundo artificial y virtual.

El constructivismo es uno de los abordajes que actualmente dirigen el pensamiento psiquiátrico hacia una posición más cercana a un punto de vista «realista moderado».

László Tringer
Semmelweis University,
Budapest, Hungary

World Psychiatry 2005; 4: 58

Bibliografía

1. Mahoney MJ, Granvold DK. Constructivism and psychotherapy. *World Psychiatry* 2005;4:74-7.

XIII Congreso Mundial de Psiquiatría, El Cairo 2005: perspectivas desde la Secretaría

JOHN COX

WPA Secretary General

El Congreso Mundial realizado en El Cairo constituyó un evento verdaderamente destacado, de manera que aquellos que siguieron con interés las exposiciones científicas, se emocionaron ante la coexistencia del Egipto antiguo y el Egipto moderno, y participaron en el intenso proceso de elección de autoridades de la WPA comprendieron que ésta se encuentra en pleno proceso de crecimiento y actividad.

La ceremonia de apertura, presidida por Ahmed Okasha, se continuó con un *buffet* en el Jardín Chino del Centro de Congresos, en donde los delegados fueran agasajados con música y bailes de los tiempos faraónicos. La conferencia plenaria del presidente, «Trastornos mentales y asistencia psiquiátrica en la historia de Egipto: desde la época faraónica a la época islámica», constituyó una exposición erudita, especialmente útil para los que no tenían total conciencia del ingenio de esta notable civilización.

El nuevo presidente de la WPA (Juan Enrique Mezzich) ofreció una emocionante conferencia plenaria denominada «Ciencia y humanismo: la doble hélice de la Psiquiatría». La WPA está liderando un abordaje más global del conocimiento de los trastornos mentales y la formación de los profesionales en salud mental.

La Egyptian Psychiatric Association desplegó una gran energía para resolver sin problemas todas las cuestiones organizativas, incluyendo el transporte en las horas de mayor tráfico, y fue un anfitrión espléndido.

Éste ha sido el primer Congreso Mundial que se ha llevado a cabo en África; este hecho realizó el sueño de muchos, aunque frustró a otros que no consideraban que esto fuera lo ideal. Asistieron al Congreso casi 6.000 psiquiatras procedentes de todo el mundo, y fue especialmente notable la asistencia de psiquiatras jóvenes procedentes de África, Asia y Oriente Medio.

La Secretaría general tuvo poco tiempo para admirar el paisaje o la rica historia antigua de Egipto, debido a la preparación de las reuniones de los Comités ejecutivos antiguo y nuevo, de las Juntas directivas antigua y nueva, del Consejo y de otros Comités operativos. En la Asamblea general estuvo representado un número récord de sociedades miembro, 107 de 129.

Parece que la energía desplegada por los psiquiatras más jóvenes, muchos de los cuales mantienen una gran actividad tanto en investigación como en docencia, está revitalizando la WPA y haciendo que los miembros de mayor edad conserven un espíritu joven.

La Asamblea general fue descrita como una de las mejor organizadas en la historia de la WPA, aunque hay que considerar la necesidad de mejorar el procedimiento de votación. El éxito de esta reunión, en una época de transición de la Secretaría, fue posible a través de los esfuerzos agotadores de los funcionarios radicados en Nueva York, Ginebra y Keele, ayudados en buena medida por la Secretaría general y por los anfitriones locales. Su compromiso y su duro trabajo sin concesiones quedaron evidenciados por sí mismos y fueron proporcionales a sus considerables responsabilidades. En el futuro, habrá que asegurarse de que el entorno en el que trabajan los funcionarios y los delegados sea más agradable; asimismo, deberá considerarse detenidamente la posibilidad de la votación electrónica.

La Asamblea general aprobó la Declaración de El Cairo sobre violencia de masas y salud mental, estableció grupos de trabajo sobre las directrices prácticas y éticas respecto a las elecciones y sobre las causas y consecuencias del agotamiento cerebral; además, aprobó varias declaraciones de consenso importantes.

Se están acordando los detalles formales de los asuntos tratados por la Asamblea general, que serán publicados en el sitio web de la WPA.

Se incorporaron a la WPA nueve nuevas sociedades miembro: la Algerian Psychiatric Association, la Ethiopian Psychiatric Association, el Irish College of Psychiatrists, la League of Mental Health from Republic of Moldova, la Mongolian Mental Health Association, la Palestinian Psychiatric Association, el Sri Lanka College of Psychiatrists, la Psychiatric Association of Turkey y la Association of Psychiatrists of Uzbekistan.

Se dio también la bienvenida a la Saudi Arabian Psychiatric Association como sociedad miembro *ad hoc*.

Las nuevas asociaciones afiliadas son las siguientes: la African Association of Psychiatrists and Allied Professions, la Indo-Australasian Psychiatry Association y el Australasian South Asian Psychiatry Forum, la Mental Health Care Organisation of

Uganda, la Psychiatric Association for Eastern Europe and the Balkans y la South Asian Association for Regional Cooperation (SAARC).

La Asamblea ofreció, de pie, una ovación al presidente Ahmed Okasha al final de su mandato, en reconocimiento a las importantes contribuciones efectuadas por los miembros del Comité ejecutivo saliente (George Christodoulou y Roger Montenegro), y aplaudió con entusiasmo la elección del nuevo presidente electo Mario Maj, así como de la nueva secretaria de publicaciones Helen Herrman, del nuevo secretario de secciones Miguel Jorge y del nuevo secretario de formación Allan Tasman.

El nuevo presidente, Juan Enrique Mezzich, introdujo al Comité ejecutivo y a la Junta directiva recién elegidos. Presentó un apasionante panorama para los próximos 3 años, haciendo hincapié en la consolidación institucional y en la promoción de la Psiquiatría de integración, es decir, de la Psiquiatría dirigida hacia la persona.

Por lo tanto, el pasado y el presente se dieron la mano en El Cairo, en la encrucijada del mundo, y muchos delegados abandonaron Egipto con un mayor sentido de solidaridad internacional, como miembros de sociedades pequeñas enriquecidas por las organizaciones de tamaño mayor. En el Congreso se presentó la Asian Federation of Psychiatry, y fue tangible la energía desplegada por nuestros colegas de Asia.

Es de esperar que los recursos humanos y los procedimientos aplicados en este Congreso Mundial, el primero que se ha llevado a cabo a orillas del Nilo, en El Cairo, puedan discurrir vigorosamente río arriba hacia la culturalmente rica región subsahariana de África, en la que también está teniendo lugar un florecimiento de la Psiquiatría y de los psiquiatras africanos (algo que quedó en evidencia en el Congreso), pese a que la asistencia que reciben los pacientes todavía es bastante limitada.

Declaración de El Cairo de la WPA

AHMED OKASHA

President, 13th World Congress of Psychiatry; WPA Immediate Past President

Dos meses antes del XIII Congreso Mundial de Psiquiatría (el 10-15 de

septiembre de 2005) sufrimos dos terribles ataques terroristas en Londres, seguidos de otro ataque del mismo tipo en Sharm El Sheikh. Los organizadores y los Comités científicos del Congreso no se sintieron intimidados por estos ataques y no abandonaron sus objetivos. La solidaridad de las sociedades miembro de la WPA y de nuestros colegas en el campo de la Psiquiatría nos ayudó a continuar nuestro trabajo.

Al XIII Congreso Mundial de Psiquiatría asistieron más de 5.600 participantes de 119 países, incluyendo 15 países africanos. En la Asamblea general de la WPA estuvieron representadas 107 sociedades miembro (una cifra nunca alcanzada). El programa científico del Congreso incluyó más de 3.500 presentaciones y más de 250 simposios.

Decidimos abordar el problema de la violencia de masas y de su relación con la salud mental a través de una Declaración especial. Este documento, elaborado por un grupo de trabajo y revisado por el Comité ejecutivo, el Consejo y la Junta directiva de la WPA, fue aprobado por la Asamblea general el 12 de septiembre. A continuación se recoge el texto final.

DECLARACIÓN DE EL CAIRO DE LA WPA SOBRE «VIOLENCIA DE MASAS Y SALUD MENTAL»

La Asamblea general de la World Psychiatric Association:

- Considerando que la World Psychiatric Association, constituida por 130 sociedades pertenecientes a 113 países, es la asociación de Psiquiatría de mayor tamaño en todo el mundo, que puede hablar en nombre de 175.000 miembros de la profesión;
- Consciente del hecho de que la violencia representa un acuciante problema de salud pública, con importantes implicaciones para la salud mental;
- Preocupada por el hecho de que la violencia de masas, como la guerra, el terrorismo, la violencia urbana y actos similares, causa muchos fallecimientos, pérdidas materiales y problemas de salud mental en los supervivientes y en la población general;
- Consciente del hecho de que la violencia no ayuda a resolver los problemas, sino que engendra más violencia y desencadena pobreza, hambre, enfermedad y temor;
- Teniendo en cuenta que, a menos que sean abordadas de manera adecuada, las consecuencias psicosociales de la violencia influirán de manera negativa en las generaciones futuras y destruirán la cohesión social que permite a las personas vivir juntas en armonía;

- Convencida de que la Psiquiatría y las ciencias de la conducta pueden contribuir al conocimiento de las complejas raíces biológicas, psicológicas y sociales de la violencia, así como a la formulación de intervenciones que permitan prevenir la violencia o aliviar sus consecuencias;
- Teniendo en cuenta el trabajo realizado previamente por la World Psychiatric Association para el alivio de las consecuencias de los desastres y para la prevención de los trastornos mentales;
- Reconociendo que el terrorismo no es, en sí mismo, una enfermedad mental sino un fenómeno asociado a menudo a la opresión y a la ausencia de oportunidades para la libre expresión o la reparación;
- Considerando que la alianza de los trabajadores de la salud mental y los líderes de las religiones que defienden la piedad, la compasión y el perdón podría ser útil para la prevención de la violencia y para el alivio de sus consecuencias.

Urge a las sociedades miembro de la WPA:

- A desarrollar y apoyar las investigaciones sobre las causas y las consecuencias de la violencia, así como a implementar programas formativos dirigidos hacia la prevención de la violencia y hacia la ayuda de sus víctimas;
- A invitar a sus miembros a colaborar con otros profesionales y con todas las personas que trabajan por la paz, sin pre-

juicios ideológicos ni de cualquier otro tipo.

Solicita a las secciones científicas de la WPA que desarrollen investigaciones cooperativas y multidisciplinarias sobre el origen de la violencia.

Solicita al Comité ejecutivo de la WPA que:

- Defina mecanismos para colaborar de manera eficaz con los gobiernos y otras instituciones en la prevención de la violencia de masas y en el alivio de sus consecuencias;
- Invite a la Organización Mundial de la Salud a reforzar sus iniciativas para consolidar la concienciación sobre las consecuencias de la violencia sobre la salud pública, así como a transmitir a sus estados miembro la necesidad de realizar investigaciones y acciones en esta área;
- Adopte las medidas necesarias para garantizar que el conocimiento científico originado a través de la Psiquiatría, la neurociencia y las ciencias del comportamiento se utilice para la solución de los problemas relacionados con la violencia;
- Diseñe un programa especial sobre los aspectos de la salud mental relacionados con la violencia, con objeto de facilitar las tareas ya señaladas y de estimular aún más la investigación y la acción sobre esta área de trabajo;
- Notifique a la Asamblea general de la WPA del año 2008 los pasos dados en respuesta a esta declaración.

Informe económico de la WPA

SAM TYANO

WPA Secretary for Finances

Este informe contiene los resultados de tres años de trabajo de un recién llegado a la WPA que ha desempeñado el puesto de secretario de finanzas, apoyado por un Comité financiero cuyos miembros han sido R. Astill, R. Cancro, M. Kastrup, O. Ray y K. Yamazaki.

Cuando el Comité de finanzas inició su trabajo, estaba claro que en las cuentas bancarias sólo había fondos para 2 meses de actividad. Teníamos que establecer dos tipos de acción distintos: *a)* un plan de urgencia para sobrevivir y *b)* una política económica para garantizar una base financiera sólida a largo plazo.

Los hechos sobre los que teníamos que actuar eran los siguientes: *a)* recuperar el

dinero de los congresos previos (en particular, del XI Congreso Mundial); *b)* entablar negociaciones con la industria farmacéutica con objeto de crear un Corporate Supporters Programme (este programa garantiza a las compañías farmacéuticas su participación en los próximos congresos mundiales e internacionales, mediante el abono de una contribución económica con tres años de anticipación, y permite a la WPA disponer de recursos entre los congresos); *c)* adecuar los gastos a los ingresos; *d)* crear una reserva económica correspondiente a los gastos de un año; *e)* participar en la preparación de todos los contratos y presupuestos de los congresos negociados por la WPA y por sus componentes, con objeto de ofrecer la experiencia y las recomendaciones necesarias para disminuir los gastos superfluos. Una vez que el Comité ejecutivo de la WPA aceptó

estos puntos básicos, pudimos empezar a trabajar.

Nuestros ingresos (todas las cifras en dólares estadounidenses) han aumentado desde 501.624 en 2002 hasta 804.356 en 2003, 1.154.497 en 2004 y 921.700 en 2005 (presupuestado). Nuestros gastos (todas las cifras en dólares estadounidenses) han permanecido estables desde 2002 hasta 2004 (456.063 en 2002, 459.416 en 2003, 479.856 en 2004) y sólo han aumentado en 2005 (811.000), debido a que ha sido necesario asignar fondos para la apertura del Secretariado permanente en Ginebra y para el traslado de nuestra oficina desde Nueva York a Ginebra. Además, se ha creado una reserva económica que corresponde a los gastos de un año.

Si consideramos con detalle las fuentes de ingresos, la recuperación de los ingresos correspondientes a los congresos mundiales previos tuvo una gran importancia: 288.124 dólares estadounidenses en 2003 y 503.500 dólares estadounidenses en 2005. También tuvo mucha importancia el éxito del Congreso Internacional de Florencia (ingresos de 504.412 dólares estadounidenses). El Corporate Supporters Programme ha generado unos ingresos de 230.000, 220.000 y 220.000 dólares estadounidenses en 2003, 2004 y 2005, respectivamente.

En cuanto a los gastos, no se han incrementado los correspondientes al Comité ejecutivo ni tampoco los relacionados con nuestra oficina, excepto por el traslado de las instalaciones de ésta a Ginebra. Fue posible asignar fondos para la formación de profesionales tras el desastre del Tsunami, así como ofrecer apoyo económico para la investigación realizada por los representantes de zona y por los presidentes de las secciones.

Lamentablemente, no tenemos a la vista programas educativos que puedan generar ingresos; por tanto, nuestros recursos disminuirán en función de ello a lo largo de los dos próximos años, en comparación con el período anterior.

A pesar de que nos sentimos aliviados en cierta medida, todavía estamos preocupados debido al hecho de que aún no se ha logrado: a) elaborar para la WPA un sistema financiero independiente; b) asegurar nuestros propios recursos, para lograr la independencia con respecto a la financiación externa (específicamente, del apoyo prestado por la industria farmacéutica, que está empezando a ser limitado, debido a consideraciones de tipo ético); c) encontrar diversas maneras de apoyar económicamente a las sociedades miembro de la WPA y a los funcionarios, con objeto de conseguir oportunidades mayores y mejores para la investigación y los programas de formación. Éstos son los principales objetivos a los que nos dedicaremos a lo largo de los próximos tres años.

Declaración Internacional de Consenso sobre la Salud Mental de las Mujeres y Declaración de Consenso de la WPA sobre Violencia Interpersonal contra las Mujeres

DONNA E. STEWART

University Health Network Women's Health Program, University of Toronto, Canada

En 1999, los líderes de la salud mental de la mujer provenientes de Europa, Asia, África, América del Norte, América del Sur y Australia iniciaron un proceso de recolección de pruebas para determinar los principales factores psicosociales, culturales y ambientales relacionados con la salud mental y las enfermedades mentales de las mujeres. En el primer World Congress on Women's Mental Health realizado en 2001 en Berlín, los líderes citados establecieron una escala de prioridades de estos factores. Las discusiones que tuvieron lugar entre las psiquiatras, las psicólogas, las especialistas en asistencia social, las profesionales de enfermería de salud mental, las expertas en política, las organizaciones no gubernamentales (ONG) y los consumidores dieron lugar a la elaboración de un resumen que se publicó posteriormente (1).

En el período 2003-2004 se llevaron a cabo nuevas discusiones, que culminaron con la celebración de una mesa redonda en marzo de 2004, en el marco del segundo World Congress on Women's Mental Health celebrado en Washington y patrocinado por la Association for Women's Mental Health. Se tomó la decisión de elaborar una Declaración de consenso internacional sobre la salud mental de las mujeres que recogiera las distintas cuestiones abordadas y efectuara las recomendaciones apropiadas.

La Sección de salud mental de la mujer de la WPA también elaboró una Declaración de consenso sobre violencia interpersonal contra las mujeres, que remitió al Comité ejecutivo de la WPA y a las distintas sociedades miembro para que realizaran los comentarios que consideraran oportunos.

El trabajo necesario para la Declaración de consenso internacional sobre la salud mental de las mujeres quedó facilitado también por una reunión de la WPA que tuvo lugar en el Metropolitan Hospital de New York City, en abril de 2004, y

por otra reunión auspiciada por la American Psychological Association y realizada en septiembre de 2004. Esta Declaración de consenso internacional sobre la salud mental de las mujeres fue aprobada por la American Psychological Association y por la American Psychiatric Association en diciembre de 2004 y, después, aprobada también rápidamente por diversas asociaciones nacionales de salud mental, ONG y particulares. Tanto la Declaración de consenso internacional sobre la salud mental de las mujeres como la Declaración de consenso sobre violencia interpersonal contra las mujeres fueron aprobadas por la WPA en su Asamblea general celebrada en El Cairo en septiembre de 2005.

Solicitamos que todas las sociedades miembro de la WPA difundan estas dos declaraciones de consenso publicándolas en las páginas web de las sociedades, en sus revistas y en otros materiales impresos, y distribuyéndolas entre sus miembros. Creemos que lo más importante es que las sociedades miembro de la WPA, los psiquiatras individuales y otros profesionales de la salud mental comiencen a trabajar para implementar las recomendaciones, a fin de mejorar la salud mental de las mujeres. Agradecemos cualquier comentario que nos permita mejorar (donna.stewart@uhn.on.ca).

DECLARACIÓN INTERNACIONAL DE CONSENSO SOBRE LA SALUD MENTAL DE LAS MUJERES

Preámbulo

La Beijing Platform for Action de 1995, promovida por la Organización de Naciones Unidas (ONU), señala que «Las mujeres tienen el derecho a mantener el mayor nivel posible de salud física y mental. El disfrute de este derecho es clave para su vida y bienestar [...]» (2). En septiembre de 2000, las distintas agencias de la ONU, 189 países miembros de la ONU y una serie de organismos multilaterales y bilaterales aprobaron de manera unánime la Declaración del Milenio (*Millennium Declara-*

tion) (3). El documento Millennium Development Goals, en el que se recogen ocho metas y 48 objetivos, es considerado «la hoja de ruta» para la implementación de la Declaración del Milenio. Las Metas incluyen, entre otras, la consecución de la educación primaria universal, la promoción de la igualdad de los derechos, la reducción de la mortalidad infantil, la mejora de la salud materna y la lucha contra el VIH/SIDA. El bienestar mental de la madre es esencial para una adecuada evolución integral de sus hijos, desde el punto de vista de la salud, la nutrición y la educación. Asimismo, la violencia ejercida contra las mujeres erosiona el principio de igualdad de los sexos y el fortalecimiento de las mujeres, aumentando el riesgo de éstas frente a la infección por el VIH. Por lo tanto, es imprescindible priorizar la salud mental de las mujeres con objeto de alcanzar los objetivos y metas plasmados en el documento Millennium Development Goals.

La salud mental de las mujeres se debe considerar en el contexto de las vidas de las propias mujeres y no se puede alcanzar sin una situación de igualdad en el acceso a los derechos humanos básicos: autonomía de la persona, educación, seguridad física, seguridad económica, propiedad privada y derechos legales, actividad laboral, salud física (incluyendo los derechos sexuales y de reproducción), asistencia sanitaria, agua, alimento y refugio. La salud mental de las mujeres requiere la eliminación de la violencia y de la discriminación fundamentadas en el sexo, la edad, los ingresos económicos, la raza, el contexto étnico, la orientación sexual o las creencias religiosas. Mientras que ambos sexos se benefician por igual del ejercicio de los derechos señalados y mientras que las tasas globales de las enfermedades mentales son similares en los varones y las mujeres, las funciones específicas que desempeñan las mujeres en la reproducción, la familia y la sociedad, así como su posición socioeconómica –a menudo inferior–, obligan a considerar de un modo especial la salud mental de las mujeres.

Incluso en las circunstancias óptimas, algunas mujeres sufren problemas de salud mental y enfermedades mentales respecto a los cuales son esenciales el diagnóstico y el tratamiento adecuados. La identificación de los problemas de la salud mental de las mujeres debería comenzar idealmente por las propias mujeres, que deberían recibir información precisa y fácilmente comprensible acerca de la salud mental, las dificultades psicológicas, las enfermedades mentales y los servicios y tratamientos existentes frente a todo ello. La evaluación de los problemas de salud mental que sufren las mujeres debe tener en cuenta el contexto pleno de sus vidas,

puesto que las dificultades que presentan las mujeres tienen a menudo un origen social; además, los diagnósticos no se deben acompañar de una estigmatización. Merece una consideración especial el papel que desempeñan la violencia y la discriminación en el surgimiento de problemas mentales de las mujeres. Los servicios sociales y psicológicos, así como los médicos de asistencia primaria, deben ser capaces de realizar la evaluación, el diagnóstico y el tratamiento, o de remitir las mujeres a los servicios de especialidad adecuados. Las mujeres deben tener acceso a una asistencia en salud mental respetuosa y experta, proporcionada a su debido tiempo y en un contexto idóneo que no incluya la estigmatización, dentro de sus posibilidades económicas, por parte de profesionales sanitarios adecuadamente preparados y que tengan acceso a los tratamientos apropiados.

Los contextos terapéuticos deben ser seguros y los profesionales sanitarios deben respetar el principio de confidencialidad. Siempre que sea posible, se deben respetar las preferencias de las mujeres en cuanto a la toma de decisiones médicas informadas, y en todas las situaciones se debe evaluar la calidad asistencial a través de indicadores que sean congruentes con los mejores estándares actuales, a través de un proceso de investigación que tenga en cuenta el sexo de los pacientes. Las mujeres que han sufrido abusos sexuales y las que tienen una fuerte preferencia por ser atendidas por profesionales sanitarios de sexo femenino deben ser respetadas en este deseo. Es esencial la provisión adecuada de los servicios necesarios para mujeres con características especiales: las adolescentes, las que acaban de dar a luz, las que están en la parte media de su vida, las que tienen una edad avanzada, las que son inmigrantes o refugiadas, las que muestran problemas de discapacidad o las que han sido encarceladas. Los servicios asistenciales de salud mental –para casos tanto agudos como crónicos– junto con los servicios de apoyo y de rehabilitación, son esenciales a lo largo de toda la vida para que las mujeres que sufren problemas mentales puedan alcanzar un grado óptimo de actividad y de bienestar. Una buena salud mental de las mujeres influye de manera beneficiosa en la salud global de las propias mujeres, de sus familias y de la población general, y estimula la participación de las mujeres en el mercado laboral, en los trabajos profesionales y en los puestos de responsabilidad.

Recomendaciones

Por todo lo señalado, se recomienda que las organizaciones y especialistas en salud

mental y en salud general, los gobiernos, la ONU, la Organización Mundial de la Salud y otras organizaciones sanitarias y sociales internacionales, así como las organizaciones no gubernamentales apropiadas, integren la salud mental de las mujeres de todas las edades como una prioridad en el desarrollo de normativas políticas y de programas, y que:

- Apoyen los programas de promoción de la salud psicológica que tengan en cuenta el contexto vital de las mujeres de todas las edades, para conseguir una igualdad de acceso a los derechos humanos básicos, la formación y el empleo, la eliminación de la violencia y la discriminación, y la reducción de la pobreza.
- Apoyen las decisiones de las mujeres con respecto al estado civil, la sexualidad y la reproducción, y garanticen una maternidad segura.
- Apoyen una educación pública y campañas de concienciación que incrementen el reconocimiento y reduzcan el estigma de la enfermedad mental en las mujeres de todas las edades.
- Apoyen la implementación de servicios de salud mental y física seguros, respetuosos, idóneos y apropiados para las mujeres, durante todo su ciclo vital, con independencia de su situación económica y social, su raza, su nacionalidad o su contexto étnico o cultural.
- Apoyen el acceso oportuno de las mujeres a profesionales de la salud mental que posean la preparación adecuada, que ofrezcan una asistencia de calidad acorde con el estado actual de los conocimientos, y que dispongan de los tratamientos, las técnicas y los fármacos apropiados, teniendo siempre en cuenta las necesidades especiales de las mujeres.
- Apoyen el desarrollo y el uso de sistemas diagnósticos culturalmente apropiados, que consideren el contexto sociocultural de las vidas de las mujeres y las diferencias biológicas en los casos en los que éstas son importantes.
- Apoyen la provisión de información precisa y el respeto a la elección realizada por las mujeres de todas las edades con respecto a las decisiones terapéuticas, siempre que ello sea posible.
- Apoyen la provisión de servicios de atención de la salud mental de las mujeres de todas las edades en los que se respete el principio de confidencialidad.
- Apoyen la realización de investigaciones acerca de la salud mental de las mujeres de todas las edades, incluyendo los factores que facilitan o inhiben el desarrollo de mecanismos de resistencia.
- Apoyen el suministro de educación y entrenamiento de los profesionales sanitarios y de la salud mental con respecto a todos los aspectos relacionados con el género.

- Apoyen y promuevan la igualdad de los sexos en la práctica, dentro de los servicios y los organismos de salud mental, incluyendo la igualdad de oportunidades para el avance y la erradicación de las situaciones de abuso sexual, intimidación o discriminación injustificada en función del sexo.

DECLARACIÓN DE CONSENSO DE LA WPA SOBRE VIOLENCIA INTERPERSONAL CONTRA LAS MUJERES

La violencia interpersonal representa un problema de salud pública de carácter crítico en todo el mundo, dado que es causa de dificultades, disminución de la calidad de vida, problemas de la salud física y mental e, incluso, la muerte (4, 5).

Aunque los varones, las mujeres y los niños pueden ser víctimas de la violencia, los perpetradores de actos violentos hacia varones y mujeres suelen ser distintos. También son diferentes las consecuencias de la propia violencia en varones y en mujeres. Mientras que los varones tienen más posibilidades de sufrir lesiones por parte de extraños durante la comisión de un delito o en la guerra, las mujeres tienen más probabilidades de ser lesionadas por sus compañeros de sexo masculino o por otros miembros varones de su familia, a menudo por parte de alguien con quien ellas viven y a quien aman. De hecho, las mujeres tienen más posibilidades de ser asesinadas por sus parejas que por extraños. Además, el tamaño corporal y la fuerza mayores de los varones, así como el hecho de que éstos utilizan con frecuencia armas, son factores que hacen que las mujeres sufran lesiones más graves debido a la violencia interpersonal entre varones y mujeres (6). Por lo tanto, en los programas de prevención y disminución de la violencia se debe prestar especial consideración a estas diferencias entre los sexos, y, esta Declaración de consenso acerca de la violencia interpersonal ejercida contra las mujeres se ha elaborado teniendo en cuenta estas circunstancias.

Las investigaciones realizadas revelaron la existencia de una prevalencia elevada de consecuencias agudas y crónicas sobre la salud física y mental de las mujeres, debido a la violencia ejercida contra ellas. Las mujeres que son víctimas de la violencia tienen más posibilidades de sufrir depresión, ansiedad, trastorno por estrés posttraumático, trastorno límite de la personalidad, abuso de sustancias, disfunción sexual, disminución de la autoestima y dificultades psicológicas, así como un elevado número de trastornos físicos agudos y crónicos. La violencia y el abuso durante las fases iniciales de la vida representan fac-

tores predictivos sólidos del padecimiento de enfermedades mentales en fases posteriores de la vida, especialmente trastornos de depresión. Además, tanto en varones como en mujeres, el hecho de sufrir un ataque o ser testigo de un ataque a un familiar durante la infancia o la adolescencia incrementan el riesgo de padecimiento de trastornos mentales, de la disminución de la autoestima y de la implicación posterior en relaciones de carácter abusivo. La violencia ejercida contra las mujeres también causa efectos secundarios negativos en las familias, la comunidad, la sociedad y la economía (4-9).

La violencia ejercida contra las mujeres adopta muchas formas: agresiones, ataques sexuales, abuso psicológico y abuso sexual. Las normas culturales, las expectativas sociales y las funciones asignadas a las mujeres pueden estimular la violencia contra ellas, y estas fuerzas sociales pueden determinar tanto las consecuencias que sufren las mujeres como la respuesta de la sociedad. Los medios de comunicación y la publicidad introducen con demasiada frecuencia el mensaje de que la violencia ejercida contra las mujeres es aceptable. A pesar de que la religión se puede utilizar como una forma de racionalizar y justificar la violencia ejercida contra la mujer, los documentos religiosos básicos, como la Biblia, el Corán y la Torah, revelan en muchos fragmentos que la violencia contra las mujeres no es aceptable (4-9).

El análisis de la violencia ejercida por los varones contra las mujeres requiere el estudio de las desigualdades físicas, legales y económicas entre varones y mujeres. Las mujeres pobres y de edad avanzada, las que sufren enfermedades mentales, las que padecen cuadros de discapacidad, las atendidas en instituciones, las pertenecientes a minorías étnicas, las trabajadoras sexuales, las que sufren situaciones de tráfico de seres humanos y otras mujeres en situación de desventaja, incluyendo las que deben soportar conflictos armados, muestran en conjunto un riesgo mucho mayor de sufrir situaciones de violencia (7, 8).

Dado que los psiquiatras y otros profesionales de la salud mental desempeñan una función vital en la provisión de los servicios asistenciales de salud mental, en la formación y educación de los pacientes, y en el diseño de las investigaciones y de la normativa legal, además de que son profesionales que pueden configurar y definir la práctica asistencial relativa a la salud mental y la opinión pública, se ha resuelto que la World Psychiatric Association:

- Realice una declaración de principios en la que se reconozca que la violencia ejercida contra las mujeres constituye un determinante importante de los problemas y las enfermedades psiquiátricas que afectan a las mujeres, condenando sin

paliativos cualquier forma de violencia ejercida contra la mujer.

- Apoye la implementación de programas para mejorar la formación de los psiquiatras, de manera que puedan reconocer y tratar a las víctimas de la violencia. Como punto de partida, esta formación debe incluir, en todas las evaluaciones psiquiátricas, la evaluación sistemática de la posibilidad de situaciones de violencia y de victimización, el reconocimiento del papel que desempeñan la violencia y la violación en el origen de muchas enfermedades psiquiátricas, y su influencia en los tratamientos.
- Promueva programas terapéuticos ambulatorios y hospitalarios seguros, respetuosos y no culpabilizadores destinados a las mujeres que son víctimas de la violencia.
- Apoye investigaciones que desarrollen y evalúen los mejores tratamientos destinados a las mujeres que han sufrido violencia, a sus hijos y a los perpetradores de la violencia.
- Apoye la concienciación tanto de los profesionales de la salud como de la sociedad acerca de que la violencia ejercida contra las mujeres representa un determinante crítico en la salud mental de éstas.
- Explore las oportunidades para una mayor colaboración interprofesional (legal, social, médica y política) internacional, con el objetivo de la prevención y la reducción de la violencia ejercida contra las mujeres, incluyendo la violencia que tiene lugar durante los conflictos armados.
- Explore intervenciones psicoeducativas y socioculturales de largo alcance diseñadas para modificar la idea de la mujer como objeto de la voluntad del hombre, que representa un determinante importante de la violencia ejercida contra las mujeres.
- Censure las declaraciones públicas que implican una normalización de la violencia ejercida contra las mujeres, al considerarla una práctica aceptable o una norma cultural.

Bibliografía

1. Stewart DE, Rondon M, Damiani G et al. International psychosocial and systemic issues in women's mental health. *Archives of Women's Mental Health* 2001;4:13-7.
2. United Nations. The Beijing platform for action. Report of the Fourth World Conference on Women. New York: United Nations, 1995.
3. United Nations. The millennium declaration. New York: United Nations, 2000.
4. United Nations. Report of the special rapporteur on violence against women, its

causes and consequences. New York: United Nations, 2003.

5. World Health Organization. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization, 2002.

6. Stewart DE, Robinson GE. Violence against women. In: Oldham JM, Riba MB (eds). Review of psychiatry, Vol. 14. Washing-

ton: American Psychiatric Press, 1995: 261-82.

7. Jecks N. Ending violence against women: regional scan for East and Southeast Asia. New York: United Nations Development Fund for Women, 2002.

8. Committee on the Elimination of Discrimi-

nation against Women. General recommendation No. 19. New York: United Nations, 1992.

9. Parliamentary Assembly of the Council of Europe. Domestic violence against women. Recommendation 1582. Strasbourg: Council of Europe, 2002.

Congreso Regional e Interseccional de la WPA «Avances en Psiquiatría»

AHMED OKASHA

President of the Congress

Este congreso, que se llevó a cabo en Atenas (12-15 de marzo de 2005) no tuvo precedentes debido a varias razones. En primer lugar, fue el primer congreso interseccional de la historia de la WPA: participaron prácticamente todas las Secciones, con conferencias de actualización, simposios, cursos y presentaciones interseccionales. En segundo lugar, fue el primer congreso electrónico de la WPA con eventos virtuales, es decir, presentaciones en «PowerPoint» (autorizadas por los autores) en el sitio web de la WPA. En tercer lugar, aunque el congreso tuvo un carácter regional, su ámbito fue realmente mundial: participaron representantes de hasta 73 países.

El programa científico incluyó una serie de presentaciones relativas a los avances de nuestra disciplina. Entre otros eventos, hubo conferencias invitadas de actualización que llevaron a cabo los presidentes de las Secciones de la WPA (actualmente, 64), así como conferencias realizadas por psiquiatras eminentes invitados al efecto.

En el congreso participaron dos grupos importantes. El primero de ellos fue el constituido por los líderes de las áreas geográficas afectadas por el Tsunami del Suroeste Asiático, que se reunieron en el congreso para tomar decisiones importantes en relación con el abordaje de los efectos psicosociales de este desastre. El segundo grupo fue el constituido por los líderes de las asociaciones de Psiquiatría de Europa Oriental y de los Balcanes, que se reunieron para aprobar la constitución de la nueva Psychiatric Association of Eastern Europe and the Balkans.

En el congreso se presentaron numerosas innovaciones. Un foro de avances en Psiquiatría, un foro interseccional sobre desastres, un foro interseccional sobre prevención psiquiátrica, un foro sobre promoción de la salud mental (con participación de educadores, sacerdotes, jueces, periodistas, funcionarios de policía, médicos generales y otros profesionales comunitarios), el foro de psiquiatras jóvenes y una inauguración espectacular en presencia del Ministro de Educación griego y del Arzobispo de Grecia, con unas palabras de bienvenida ofrecidas por el Presidente y el Presidente Electo de la WPA, y con una actuación de la orquesta Mikis Theodorakis.

Además, se organizó una carrera maratón así como un crucero a las islas históricas de Hydra y Egina. Por otra parte, aproximadamente 110 personas (principalmente representantes de las Secciones de la WPA) recibieron una financiación económica completa o parcial para asistir al evento. A pesar de ello, el congreso proporcionó ingresos a la WPA, lo que constituye una eventualidad infrecuente cuando hablamos de un congreso regional.

Estamos seguros de que este congreso ha contribuido de manera importante a la difusión de información científica actualizada relativa a nuestra disciplina. Sin embargo, más que ello, este congreso ha incrementado la moral y la presencia de nuestras Secciones, que constituyen el «esqueleto científico» de nuestra Asociación.

Queremos dar las gracias a George Christodoulou por sus esfuerzos para conseguir que este congreso haya sido único y haya tenido éxito. Estamos seguros de que, tras el buen resultado de este congreso, en un futuro no lejano se organizarán nuevos congresos interseccionales que también tendrán un gran éxito.

World Psychiatry 2006; 4: 59-64

