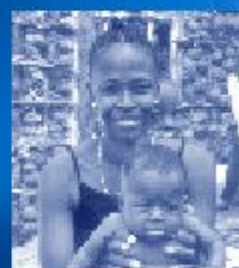


Prevención de los Trastornos Mentales

INTERVENCIONES EFECTIVAS Y OPCIONES DE POLÍTICAS

INFORME COMPENDIADO

Un Informe del Departamento de Salud Mental y Abuso de
Sustancias de la Organización Mundial de la Salud, en
colaboración con el Centro de Investigación de Prevención
de las Universidades de Nijmegen y Maastricht



Organización Mundial de la Salud

Ginebra

Prevención de los Trastornos Mentales

INTERVENCIONES EFECTIVAS Y OPCIONES DE POLÍTICAS

INFORME COMPENDIADO

Un Informe del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la Organización Mundial de la Salud, en colaboración con el Centro de Investigación de Prevención de las Universidades de Nijmegen y Maastricht



Organización Mundial de la Salud

Ginebra

OMS Datos Publicados en Catálogos de la Biblioteca

Organización Mundial de la Salud

Prevención de los trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas: informe compendiado / un informe de la Organización Mundial de la Salud Dept.de Salud Mental y Abuso de Sustancias; en colaboración con el Centro de Investigación de Prevención de las Universidades de Nijmegen y Maastricht.

1.Trastornos mentales – prevención y control. 2. Medicina basada en evidencia. 3. Elaboración de Políticas I. Organización Mundial de la Salud II.Universidades de Nijmegen y Maastricht. Centro de Investigación de Prevención.

ISBN 92 4 159215 X

(NLM clasificación: WM 140)

©Organización Mundial de la Salud 2004

Todos los derechos reservados. Las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud se pueden obtener en Mercadeo y Diseminación, Organización Mundial de la Salud, 20 Avenida Appia, 1211 Ginebra 27, Suiza (tel: +41 22 791 2476; fax: +41 22 791 4857; correo electrónico: bookorders@who.int). Las solicitudes para obtener permiso para reproducción o traducción de las publicaciones de la OMS — ya sea para la venta o para distribución no comercial — se deben dirigir a Publicaciones, a la dirección antes mencionada (fax: +41 22 791 4806; correo electrónico: permissions@who.int). Las designaciones empleadas y la presentación del material en esta publicación no implican la expresión de ninguna opinión por parte de la Organización Mundial de la Salud con respecto al estatus legal de cualquier país, territorio, ciudad o área de sus autoridades, o con respecto a la delimitación de sus límites o fronteras. Las líneas punteadas en los mapas representan líneas fronterizas aproximadas sobre las que aún no hay un acuerdo completo.

La mención a compañías específicas de los productos de ciertos fabricantes no implica que la Organización Mundial de la Salud los apoye o recomiende en preferencia sobre otros productos de igual naturaleza que no han sido mencionados. A excepción de los errores y omisiones, los nombres de los productos con derechos de propiedad se distinguen con el uso de letras mayúsculas iniciales.

La Organización Mundial de la Salud no garantiza que la información contenida en esta publicación es completa y correcta y no será responsable por ningún daño incurrido como resultado de su uso.

Impreso en Francia

Prólogo

Una de las principales metas del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la Organización Mundial de la Salud (OMS), es reducir la carga relacionada con los trastornos mentales, neurológicos y de abuso de sustancias. La prevención de esos trastornos es obviamente una de las formas más efectivas para reducir la carga. Muchas Resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud y el Comité Regional han enfatizado además la necesidad para la prevención. La OMS publicó un documento sobre prevención primaria de los trastornos mentales, neurológicos y psicosociales en 1998 (OMS, 1998). Sin embargo, este campo científico ha tenido un rápido desarrollo de ideas y evidencia de investigación, y por lo tanto, necesita una revisión más actualizada. Este Informe Compendiado (junto con el próximo Informe Completo) intenta proporcionar un panorama integral de este campo, especialmente desde la perspectiva de la evidencia para intervenciones efectivas y las opciones de políticas asociadas. Esto cumple con el mandato de la OMS de suministrar información y evidencia a los Estados Miembros con el fin de ayudarlos a escoger e implementar políticas y programas adecuados que mejoren la salud mundial. En un área como la prevención de los trastornos mentales, esta tarea es aún más crítica, considerando que gran parte de la evidencia es reciente y no ha sido probada en diferentes escenarios.

Los trastornos mentales están inseparablemente vinculados al tema de los derechos humanos. El estigma, la discriminación y las violaciones de los derechos humanos que sufren las personas y las familias afectadas por trastornos mentales son intensos y profundos. Por lo menos en parte, estos fenómenos son consecuencias de una percepción general en cuanto a que no existen modalidades efectivas de prevención o tratamiento contra estos trastornos. La prevención efectiva puede influir mucho en el cambio de estas percepciones y así, cambiar la forma en que la sociedad percibe los trastornos mentales. Sin embargo, los problemas de los derechos humanos van más allá de las violaciones específicas a las que están expuestas las personas con trastornos mentales. En efecto, las limitaciones en los derechos humanos básicos de individuos y comunidades vulnerables, pueden actuar como poderosos determinantes de los trastornos mentales. Por lo tanto, no es de sorprender que muchas de las medidas de prevención efectivas estén en armonía con los principios de igualdad social, igualdad de oportunidades e igualdad de atención de los grupos más vulnerables en la sociedad. Los ejemplos de estas intervenciones incluyen mejorar la nutrición, garantizar la educación primaria y el acceso al mercado laboral, eliminando la discriminación basada en raza y género y garantizando la seguridad económica. Vale la pena implementar muchas de estas intervenciones, aún si la evidencia para su propia efectividad algunas veces no sea suficiente para la prevención de trastornos mentales específicos. Sin embargo, no se debe permitir que la búsqueda de mayor evidencia científica sobre la efectividad y rentabilidad, se convierta en una excusa para dejar de implementar la urgente necesidad de políticas sociales y de salud. De hecho, se necesitan encontrar métodos innovadores para evaluar la evidencia en tanto se diseñen e implementen estos programas. Estos métodos deben incluir técnicas cualitativas derivadas de las ciencias sociales, antropológicas y otras ciencias humanísticas, así como un análisis de las partes interesadas para poder captar la complejidad y diversidad de los resultados.

El conflicto y la violencia, tanto entre individuos como entre comunidades y países, representan una amenaza particularmente poderosa y desafortunadamente común a la salud mental. El desasosiego y los trastornos mentales resultantes son considerables. La prevención de la violencia requiere de los esfuerzos de toda la sociedad, pero los profesionales de la salud podrán aminorar el impacto negativo de este fenómeno, implementando algunos esfuerzos preventivos específicos y brindando ayuda humanitaria más acorde con la salud mental.

Uno de los puntos cruciales en la implementación de la prevención basada en evidencia, es la aplicabilidad en vida real de los programas comprobados por laboratorio, especialmente en los entornos de gran variedad cultural y de recursos. Las pruebas de efectividad rigurosamente controladas parecen proporcionar mayor evidencia definitiva, pero a su vez son menos sensibles a la aplicación más amplia a nivel mundial. Las variables culturales y de contexto no deben ser vistas como conflictivas, sino como elementos esenciales de cualquier programa que deben aplicarse a situaciones de vida real. Es preferible una consideración adecuada

de estos factores mientras generan evidencia a un análisis posterior de la situación. La aplicabilidad cultural hace que la tarea de la diseminación de las intervenciones basadas en evidencia resulte complicada y lenta, sin embargo, esto es de esperarse teniendo en cuenta la complejidad de los programas de prevención.

La gran pregunta no resuelta es: ¿Quién debe pagar por la prevención? A medida que el costo de la salud aumenta en todo el mundo, se observa también un aumento en la competencia por los recursos. Este escenario coloca a la prevención, que generalmente es un resultado a largo plazo, en una posición de desventaja en comparación con el tratamiento que logra beneficios a corto plazo. Los intereses económicos, incluyendo los comerciales, también son más prominentes en el área del tratamiento que en el de la prevención, lo que causa que se invierta menos en actividades de prevención. Los proveedores de atención de la salud a menudo no consideran que la prevención sea su responsabilidad principal, especialmente para intervenciones que normalmente son implementadas por otros sectores no relacionados con la salud. Las autoridades de salud pública y los profesionales de la salud necesitarán asumir un rol de liderazgo en esta materia, aún si no pueden encontrar los recursos financieros necesarios dentro del sector salud para implementar los programas. La colaboración entre los sectores de salud mental, salud pública y otros es compleja pero necesaria para que los programas de prevención se conviertan en una realidad. Un buen punto de partida para esta colaboración es la destilación de la evidencia para la efectividad de los mensajes claves que son científicamente exactos, pero que aún así son de fácil comprensión y suficientemente prácticos para permitir su aplicación. Espero que esta publicación de la OMS nos lleve a dar un paso más en esta dirección.

Benedetto Saraceno

Director

Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias

Organización Mundial de la Salud

Ginebra

Índice

Prefacio _____	9
Elaboración del Informe Compendiado _____	11
Reconocimientos _____	12
Mensajes claves _____	15
Introducción: ¿Qué es prevención basada en evidencia y promoción en salud mental? _____	17
Prevención de los trastornos mentales: una prioridad de salud pública _____	17
Promoción de salud mental y prevención de trastornos mentales _____	18
Desarrollando la evidencia para programas y políticas exitosas _____	19
Parte I: Factores de riesgo y de protección basados en evidencia _____	22
El concepto de los factores de riesgo y de protección _____	22
Determinantes sociales, ambientales y económicos _____	23
Determinantes individuales y relacionados con la familia _____	24
Parte II: Macro-estrategias para reducir el riesgo y mejorar la calidad de vida _____	26
Mejorando la nutrición _____	26
Mejorando la vivienda _____	26
Mejorando el acceso a la educación _____	26
Reduciendo la inseguridad económica _____	27
Fortaleciendo las redes comunitarias _____	27
Reduciendo el daño causado por las sustancias adictivas _____	28
Parte III: Reduciendo los factores de estrés y aumentando la fortaleza _____	29
Promoviendo un inicio saludable en la vida _____	29
Reduciendo el abuso y abandono de menores _____	31
Afrontando la enfermedad mental de los padres _____	31
Aumentando la fortaleza y reduciendo la conducta de riesgo en las escuelas _____	32
Enfrentando la desintegración familiar _____	33
Interviniendo en el lugar de trabajo _____	34
Apoyando a los refugiados _____	36
Envejeciendo mentalmente saludables _____	36

Parte IV. Previniendo los trastornos mentales	39
Trastornos de conducta, agresión y violencia	39
Depresión y sintomatología depresiva	41
Trastornos de ansiedad	43
Trastornos alimenticios	45
Trastornos relacionados con el uso de sustancias	47
Trastornos psicóticos	49
Suicidio	51
Parte V: El camino hacia adelante	53
Pasos que se deben tomar	53
Evaluación de necesidades y desarrollo de programas	53
Diseminación y adopción	54
Adaptación y personalización	55
Implementación	55
Evaluación y monitoreo	56
Garantizando la sostenibilidad	57
Condiciones necesarias	57
Política	57
Desarrollo de potencial y capacitación	58
Investigación y abogacía	58
Recursos e infraestructuras	59
Referencias	60

Prefacio

Prevención de los Trastornos Mentales: Intervenciones Efectivas y Opciones de Políticas, en el cual se basa este Informe Compendiado, ofrece una perspectiva general de los programas y políticas internacionales basados en evidencia para la prevención de los trastornos mentales y de conducta. Se enfoca en la prevención primaria más que en la prevención secundaria o terciaria. Describe los conceptos relacionados con la prevención; la relación entre la prevención de los trastornos mentales y la promoción de la salud mental; determinantes maleables individuales, sociales y ambientales de los trastornos mentales; la evidencia emergente sobre la efectividad de las intervenciones preventivas; las implicaciones de las políticas y prácticas de salud pública; y las condiciones necesarias para la prevención efectiva. Esto complementa el trabajo de otro importante informe de la Organización Mundial de la Salud: *Promoción de la Salud Mental: Conceptos, Evidencia Emergente, Práctica* (OMS, 2004b; Herrman, Saxena & Moodie, 2004).

La historia en prevención de salud mental se remonta a más de 100 años. Desde los primeros días del movimiento de la higiene mental a principios del siglo XX, se han generado muchas ideas sobre las posibles estrategias para prevenir problemas de conducta y trastornos mentales en niños y adultos. Estas ideas se han convertido parcialmente en actividades experimentales realizadas en la atención primaria de la salud y escuelas y en prácticas de salud pública. Sin embargo, el desarrollo sistemático de los programas de prevención basados en la ciencia y los estudios de control para probar su efectividad, no se iniciaron hasta alrededor de 1980. Durante los últimos 25 años, el campo multidisciplinario de la ciencia de prevención en salud mental ha evolucionado a un ritmo rápido, facilitado por un aumento en el conocimiento de los factores maleables de riesgo y protección. Esto ha traído como consecuencia un rápido aumento de las publicaciones científicas y programas efectivos, según se presenta en este Informe Compendiado. Los centros, universidades y otras instituciones para la investigación de la prevención, junto con los administradores y médicos de los programas, han generado evidencia que demuestra que las intervenciones preventivas y la promoción de la salud mental pueden influir sobre los factores de riesgo y protección y reducir la incidencia y prevalencia de algunos trastornos mentales.

Prevención de los Trastornos Mentales: Intervenciones Efectivas y Opciones de Políticas incluye una revisión selectiva de la evidencia disponible en una serie de países y culturas. El conocimiento actual todavía está basado principalmente en la investigación realizada en países de altos ingresos, aunque están empezando a surgir nuevas iniciativas de investigación en los países en desarrollo. La tendencia actual de intercambiar programas basados en evidencia a través de los países, representa un reto para expandir nuestro entendimiento acerca del rol que juegan los factores culturales y económicos de la prevención.

Tanto este Informe Compendiado como el Informe Completo sobre el cual está basado, han sido escritos para las personas en los diferentes sectores del gobierno y organismos no gubernamentales relacionados con la salud y no relacionados con la salud, en los países con recursos e ingresos de nivel bajo, mediano y alto. Estas personas están en posición de influir significativamente en los determinantes de los trastornos mentales y de conducta y en la efectividad de los esfuerzos de prevención en formas que podrían no resultarles obvias. También ofrece un entendimiento del espectro de oportunidades para permitir que los profesionales de la salud y la salud mental puedan contribuir a la prevención primaria y a la intervención temprana, junto con el tratamiento y la rehabilitación. Apoya a los promotores de la salud en la integración de los asuntos de salud mental en sus políticas y actividades de promoción de la salud a nivel nacional y local. Estimula a los investigadores de prevención y promoción de salud a ampliar su conocimiento sobre diseño e implementación de intervenciones efectivas. *Prevención de los Trastornos Mentales: Intervenciones Efectivas y Opciones de Políticas* se ha escrito con la convicción de que la reducción de la incidencia de los trastornos mentales en las poblaciones a nivel mundial, solo es posible a través de la colaboración exitosa entre los múltiples aliados involucrados en investigación, política y práctica, incluyendo líderes comunitarios y usuarios.

Este Informe Compendiado ha sido elaborado por los editores de los capítulos y otro material preparado para *Prevención de los Trastornos Mentales: Intervenciones Efectivas y Opciones de Políticas* para darles a los lectores una idea de los asuntos y las intervenciones basadas en evidencia que serán discutidas en un informe de mayor cobertura y detalle. Esperamos que una vez que el Informe Compendiado y el Informe Completo estén disponibles, los lectores se sientan estimulados a convertir la prevención de los trastornos mentales en un asunto prioritario en las políticas nacionales y locales de salud y a convertir la evidencia, las conclusiones y las recomendaciones en planes concretos de acciones.

Clemens Hosman
Eva Jané-Llopis
Shekhar Saxena

Editores

Elaboración del Informe Compendiado

Este Informe Compendiado ha sido elaborado por los editores de *Prevención de los Trastornos Mentales: Intervenciones Efectivas y Opciones de Políticas* (Clemens Hosman, Eva Jané-Llopis & Shekhar Saxena) que será publicado por Oxford University Press en el 2005. Los editores han escogido el material en forma selectiva y en algunos casos lo han adaptado en base a los capítulos suministrados por los autores que han colaborado en la publicación completa, con el fin de ofrecer una perspectiva general de las acciones de intervenciones y políticas efectivas para reducir el riesgo de los trastornos mentales. De esta manera, este informe solo incluye una indicación de las discusiones considerablemente más detalladas de la próxima publicación y no incluye todas las referencias a las publicaciones e investigaciones sobre las cuales se basan sus conclusiones. Para obtener una compilación completa de referencias de todas las estrategias de prevención, programas, políticas y evidencia discutidas sobre los factores de riesgo y de protección, el lector debe referirse a Hosman, Jané-Llopis & Saxena (eds), *Prevención de los Trastornos Mentales: Intervenciones Efectivas y Opciones de Políticas*, Oxford University Press, 2005.

Las secciones de este Informe Compendiado reflejan los títulos de trabajo de los capítulos en el Informe Completo como se listan a continuación. La referencia a los autores de estos capítulos no siempre se ha mencionado en el Informe Compendiado. Cuando se hacen citas alusivas a este informe sería apropiado conocer los autores pertinentes de los capítulos.

Detalles del Informe Completo

Hosman C, Jané-Llopis E & Saxena S, eds (2005). *Prevención de los Trastornos Mentales: Intervenciones Efectivas y Opciones de Políticas*. Oxford, Oxford University Press.

Capítulos

- 1 Necesidad de prevención basada en evidencia
- 2 Conceptos de promoción de salud mental y prevención de trastornos mentales
- 3 Efectividad y evidencia: niveles y perspectivas
- 4 Pobreza, grupos de exclusión social y en desventaja
- 5 Apoyando a los refugiados y víctimas de guerra
- 6 Trabajo, estrés y desempleo
- 7 Prevención del abuso y abandono de menores
- 8 Afrontando las enfermedades mentales de los padres
- 9 Enfrentando la desintegración familiar: divorcio y duelo
- 10 Promoviendo un inicio saludable en la vida y reducción temprana de riesgos
- 11 Aumentando la fortaleza y reduciendo las conductas de riesgo en las escuelas
- 12 Envejeciendo mentalmente saludable
- 13 Prevención de los trastornos de conducta, violencia y agresión
- 14 Prevención de los trastornos alimenticios
- 15 Prevención de la depresión y sintomatología depresiva
- 16 Prevención de los trastornos de ansiedad
- 17 Prevención del daño causado por el uso de sustancias
- 18 Prevención temprana en la psicosis
- 19 Prevención del suicidio
- 20 Reflexiones e implicaciones
- 21 Recomendaciones: el camino hacia delante en la investigación, políticas y prácticas

Autores

Saxena S, Hosman C, Jané-Llopis E
Jané-Llopis E, Herrman H, Hosman C, Saxena S

Hosman C, Jané-Llopis E
Patel V, Jané-Llopis
Musisi S, Mollica R, Weiss M
Price R, Kompier M
Hoefnagels C
Beardslee W, Solantaus T, van Doesum K
Sandler I, Ayers T, Dawson-McClure S
Brown CH, Sturgeon S

Domitrovich C, Weare K, Elias M, Greenberg M, Weissberg R
Jané-Llopis E, Hosman C, Copeland J, Beekman AJ
Eddy JM

Hosman C
Jané-Llopis E, Muñoz R, Patel V
Hosman C, Dadds M, Raphael B
Anderson P, Biglan A, Holder H
Killackey E, McGorry P, Wright A, Harris M, Juriansz D
Hosman C, Wasserman D, Bertolote J
Hosman C, Jané-Llopis E, Saxena S
Hosman C, Jané-Llopis E, Saxena S

Reconocimientos

Los editores compilaron este Informe Compendiado extrayendo el material de contribución directamente de los capítulos y secciones para *Prevención de Trastornos Mentales: Intervenciones Efectivas y Opciones de Políticas*. Los editores reconocen, en señal de agradecimiento, el trabajo de los colaboradores y asesores listados a continuación.

Los editores también desean agradecer a la Sra. Christine Hayes por su ayuda en la edición; y a la Sra. Rosemary Westermeyer por su apoyo administrativo y secretarial durante todo el proyecto y su ayuda para la producción de este informe. También agradecemos a la Sra. Judith van der Waerden por ayudarnos en la compilación y revisión de la lista de referencia.

La OMS y los editores de este Informe Compendiado reconocemos sinceramente el trabajo de Oxford University Press (OUP) por permitir la publicación de este compendio ejecutivo de la publicación completa.

Editores

Profesor Clemens Hosman

Director, Centro de Investigación de Prevención para la Promoción de la Salud Mental y Prevención de los Trastornos Mentales, Universidad Radboud, Universidad Nijmegen y Maastricht, Nijmegen/Maastricht, Holanda.

Dra Eva Jané-Llopis

Director de Ciencias y Políticas, Centro de Investigación de Prevención sobre Promoción de la Salud Mental y Prevención de los Trastornos Mentales, Universidad Radboud, Universidad Nijmegen y Maastricht, Nijmegen, Holanda.

Dr Shekhar Saxena

Coordinador de Salud Mental: Departamento de Evidencia e Investigación de Salud Mental y Abuso de Sustancias, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza.

Asesores

Dr Thomas Bornemann

Director para Salud Mental El Centro Carter, Atlanta GA, EUA.

Profesor Sheppard Kellam

Escuela Johns Hopkins de Higiene y Salud Pública, Baltimore MD, EUA.

Dra Beverly Long

Federación Mundial para la Salud Mental, Atlanta GA, EUA.

Dr David McQueen

Director Asociado para los Centros de Promoción de Salud Global encargados del Control y Prevención de Enfermedades, Atlanta GA, EUA.

Dra Patricia Mrazek

Asesora de Política de Salud Mental, Federación Mundial para Salud Mental, Rockville MD, EUA.

Colaboradores del informe completo

Dr Peter Anderson

Asesor de Salud Pública. Nijmegen, Holanda.

Dr Tim Ayers

Departamento de Psicología, Programa para la Investigación de Prevención, Arizona State University, Tempe AZ, EUA.

Profesor William Beardslee

Centro Infantil Judge Baker, Hospital Infantil Boston y Escuela de Medicina Harvard, Boston MA, EUA.

Profesor Aart-Jan Beekman

Departamento de Psiquiatría, Universidad Free, Amsterdam, Holanda.

Dr José Manoel Bertolote

Coordinador, Manejo de los Trastornos Mentales y Cerebrales, Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias, Organización Mundial de la Salud, Ginebra Suiza.

Profesor Anthony Biglan

Instituto de Investigación Oregon, Eugene OR, EUA.

Profesor C Hendricks Brown

Departamento de Epidemiología y Bioestadística, Universidad de South Florida, Tampa y Departamento de Bioestadística y Salud Mental, Escuela Bloomberg de Salud Pública en Johns Hopkins, Baltimore MD, EUA.

Profesor John Copeland

Departamento de Psiquiatría, Universidad de Liverpool, Reino Unido.

Profesor Mark Dadds

Asociado de Investigación y Catedrático de NHMRC, Escuela de Psicología, Universidad de New South Wales, Sydney, Australia.

Dr Spring Dawson-McClure

Departamento de Psicología, Programa para Estudios de Prevención, Arizona State University, Tempe AZ, EUA.

Dra Celene Domitrovich

Centro de Investigación de Prevención, Pennsylvania State University, University Park PA, EUA.

Dr J Mark Eddy

Científico de Investigación, Centro Oregon de Aprendizaje Social, Eugene OR, EUA.

Profesor Maurice Elias

Departamento de Psicología, Universidad Rutgers, Piscataway NJ, EUA.

Profesor Mark Greenberg

Centro de Investigación de Prevención, Pennsylvania State University, University Park PA, EUA.

Sra. Meredith Harris

Asociada de Investigación, Centro de Investigación ORYGEN, La Universidad de Melbourne, Melbourne, Australia.

Profesor Helen Herrman

Servicio St Vincent de Salud Mental Melbourne y La Universidad de Melbourne, Departamento de Psiquiatría, Melbourne, Australia.

Dr Cees Hoefnagels

Profesor Asociado, Centro de Investigación de Prevención sobre Promoción de Salud Mental y Prevención de Trastornos Mentales, Departamento de Promoción y Educación de la Salud, Universidad de Maastricht, Maastricht, Holanda.

Profesor Harold Holder

Centro de Investigación de Prevención, Instituto Pacífico de Investigación y Evaluación, Berkeley CA, EUA.

Mr David Juriansz

Coordinador Interino de la Estrategia Compass, ORYGEN Youth Health, Melbourne, Australia.

Dr Eóin Killackey

Asociado de Investigación, Departamento de Psicología, La Universidad de Melbourne y el Centro de Investigación ORYGEN, Melbourne, Australia.

Profesor Michiel Kompier

Psicología del Trabajo y Organizacional, Universidad de Radboud Nijmegen, Nijmegen, Holanda.

Profesor Patrick McGorry

Director ORYGEN Youth Health y Centro ORYGEN de Investigación, Departamento de Psiquiatría, La Universidad de Melbourne, Melbourne, Australia.

Dr Richard Mollica

Director del Programa Harvard en Trauma de Refugiados, Escuela de Medicina de Harvard, Boston MA, EUA.

Profesor Ricardo Muñoz

Universidad de California, San Francisco, Psicólogo Jefe, Departamento de Psiquiatría, Hospital General de San Francisco, San Francisco CA, EUA.

Dr Seggane Musisi

Asesor de Consulta Psiquiátrica, Departamento de Psiquiatría, Escuela de Medicina Makerere, Hospital Mulago, Kampala, Uganda.

Dr Vikram Patel

Escuela de Londres de Higiene y Medicina Tropical y Presidente de la Sociedad Sangath, Goa, India.

Profesor Richard Price

Instituto para la Investigación Social y Departamento de Psicología, Universidad de Michigan, Ann Arbor MI, USA.

Profesora Beverly Raphael

Centro para la Salud Mental, Departamento de Salud New South Wales, Sydney, Australia.

Profesor Irwin Sandler

Departamento de Psicología, Programa para Investigación de Prevención, Arizona State University, Tempe AZ, EUA.

Dr Tytti Solantaus

Unidad de Salud Mental, STAKES, Helsinki, Finlandia.

Dr Shona Sturgeon

Departamento de Desarrollo Social, Escuela de Cape Town, Cape Town. Sudáfrica.

Sra. Karin van Doesum

Equipo de Prevención, RIAGG IJsselland, Deventer y Centro de Investigación de Prevención sobre Promoción de Salud Mental y Prevención de Trastornos Mentales, Universidad Radboud Nijmegen, Nijmegen, Holanda.

Profesor Danuta Wasserman

Departamento de Salud Pública, Instituto Karolinska, Estocolmo, Suecia.

Profesora Katherine Weare

Escuela de Educación, Universidad de Southampton, Southampton, Reino Unido.

Profesor Mitchell Weiss

Departamento de Salud Pública y Epidemiología, Instituto Swiss Tropical y Departamento de Medicina Social y Preventiva, Universidad de Basel, Basel, Suiza.

Profesor Roger Weissberg

Director CASEL, Departamento de Psicología, Universidad de Illinois en Chicago, Chicago Ill, USA.

Sra. Annemarie Wright

Coordinadora de la Estrategia Compass, ORYGEN Youth Health, Melbourne, Australia.

Mensajes claves

La prevención de los trastornos mentales es una prioridad de salud pública

Alrededor de 450 millones de personas padecen trastornos mentales y de conducta a nivel mundial. Una de cada cuatro personas desarrollará uno o más de estos trastornos en el transcurso de su vida. Las condiciones neuropsiquiátricas son responsables del 13% del total de los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (DALYs por sus siglas en inglés) que se pierden debido a todas las enfermedades y lesiones en el mundo y que se estima que para el año 2020 aumentarán en un 15%. Cinco de cada diez de las causas principales de discapacidad y muerte prematura a nivel mundial se deben a condiciones psiquiátricas. Los trastornos mentales representan no solo una inmensa carga psicológica, social y económica a la sociedad, sino que también aumentan el riesgo de las enfermedades físicas. Teniendo en cuenta las actuales limitaciones en la efectividad de las modalidades de tratamiento para disminuir la discapacidad debida a trastornos mentales y de conducta, el único método sostenible para reducir la carga causada por estos trastornos es la prevención.

Los trastornos mentales tienen múltiples determinantes; la prevención necesita ser un esfuerzo de muchas ramificaciones

Las ciencias sociales, biológicas y neurológicas han proporcionado contribuciones significativas al rol de los factores de riesgo y protección en las vías evolutivas de los trastornos mentales y salud mental deficiente. Los factores de riesgo y de protección, ya sean biológicos, psicológicos, sociales o de la sociedad, así como sus interacciones, han sido identificados en diferentes etapas de la vida, incluso en la etapa fetal. Muchos de estos factores son maleables y por lo tanto son objetivos potenciales para las medidas de prevención y promoción. La alta comorbilidad entre los trastornos mentales y sus interrelaciones con las enfermedades físicas y problemas sociales, destacan la necesidad de crear políticas de salud pública integradas, dirigidas a conjuntos de problemas relacionados, determinantes comunes, etapas tempranas en las trayectorias de problemas múltiples y poblaciones en diferentes riesgos.

La prevención efectiva puede reducir el riesgo de desarrollar trastornos mentales

Hay una amplia variedad de programas y políticas preventivas basadas en evidencia que se encuentran disponibles para su implementación. Se ha observado que estos programas y políticas reducen los factores de riesgo, fortalecen los factores de protección y disminuyen los síntomas psiquiátricos y la discapacidad, así como la aparición de algunos trastornos mentales. También mejoran la salud mental positiva, contribuyen a una mejor salud física y generan beneficios sociales y económicos. Estas intervenciones de resultados múltiples demuestran que la prevención puede ser rentable. Las investigaciones están comenzando a mostrar resultados significativos a largo plazo.

La implementación se debe guiar por la evidencia disponible

Por razones éticas y con el fin de lograr el uso óptimo de los recursos limitados para la prevención, se debe asignar prioridad a los programas y políticas preventivas que demuestren evidencia científica de su efectividad. La conformación de una base de evidencia es un proceso incremental. Debe ser culturalmente sensitivo y utilizar una amplia gama de métodos investigativos.

Los programas y las políticas exitosas deben estar ampliamente disponibles

Al tener programas y políticas efectivas ampliamente disponibles, los países y comunidades contarían con una gama de herramientas preventivas para hacer frente a los trastornos mentales. Por lo tanto, urge desarrollar un sistema accesible e integrado de bases de datos internacionales y nacionales para proporcionar a las agencias gubernamentales y no gubernamentales, la información sobre programas y políticas basadas en evidencia, sus resultados y condiciones para su implementación efectiva.

El conocimiento sobre la evidencia de la efectividad necesita mayor expansión

Se necesitan mayores esfuerzos para ampliar la gama de las intervenciones preventivas efectivas, mejorar su efectividad y rentabilidad en diferentes escenarios y fortalecer la base de la evidencia. Esto exige un proceso de evaluación repetida de los programas y políticas y su implementación. El conocimiento de las estrategias, características del programa y otras condiciones que tienen un impacto positivo sobre la efectividad se deben traducir en guías para el mejoramiento del programa. Dichas guías se deben diseminar e implementar en forma sistemática.

La prevención necesita ser sensitiva a la cultura y a los recursos disponibles en todos los países

Las oportunidades actuales para la prevención de los trastornos mentales y la promoción de la salud mental están distribuidas en forma desigual alrededor del mundo. Se necesitan iniciativas internacionales para reducir esta diferencia y para apoyar a los países de bajos ingresos a desarrollar el conocimiento de la prevención, técnicas, políticas e intervenciones que sean sensitivas a sus necesidades, culturas, condiciones y oportunidades.

Los resultados basados en la población requieren inversiones en recursos humanos y financieros

Solo podemos esperar resultados basados en población si se invierten suficientes recursos humanos y financieros. Se debe asignar apoyo financiero para la implementación de programas y políticas de prevención basadas en evidencia y para el desarrollo de las infraestructuras necesarias. Además, se deben promover las inversiones en desarrollo de potencial a nivel de país, proporcionando capacitación y creando una fuerza de trabajo de profesionales informados. Gran parte de esta inversión tendrá que provenir de los gobiernos, ya que ellos tienen la responsabilidad final sobre la salud de la población.

La prevención efectiva requiere vínculos intersectoriales

La prevención de los trastornos mentales y la promoción de la salud mental necesitan ser parte integral de las políticas de salud pública y promoción de la salud a nivel local y nacional. La prevención y promoción en salud mental se deben integrar en un enfoque de política pública que abarque la acción horizontal a través de los diferentes sectores públicos, tales como el ambiente, vivienda, bienestar social, empleo, educación, justicia penal y derechos humanos. Esto generará situaciones de “ganar-ganar” en todos los sectores, incluyendo una amplia gama de beneficios sociales, económicos y para la salud,.

La protección de los derechos humanos es una estrategia fundamental para prevenir los trastornos mentales

Las condiciones adversas, tales como el abuso de menores, violencia, guerra, discriminación, pobreza y falta de acceso a la educación, tienen un impacto significativo en el desarrollo de los problemas mentales y el inicio de los trastornos mentales. Las acciones y políticas que mejoran la protección de los derechos humanos básicos representan una sólida estrategia preventiva de los trastornos mentales.

Introducción: ¿Qué es prevención basada en evidencia y promoción en salud mental?

Prevención de trastornos mentales: una prioridad de salud pública

Los trastornos mentales y de conducta no son exclusivos de un grupo especial: se encuentran en personas de todas las regiones, todos los países y todas las sociedades. De acuerdo con los estimados proporcionados en el *Informe de Salud Mundial 2001* de la OMS, alrededor de 450 millones de personas padecen de trastornos mentales. Una de cada cuatro personas desarrollará uno o más trastornos mentales o de conducta¹ a lo largo de su vida (OMS, 2001b). Los trastornos mentales y de conducta están presentes en cualquier momento del tiempo en aproximadamente el 10% de la población adulta a nivel mundial. Una quinta parte de los adolescentes menores de 18 años padecerá de algún problema de desarrollo, emocional o de conducta, uno de cada ocho tiene un trastorno mental; entre los niños en desventaja, la proporción es uno de cada cinco. Los trastornos mentales y neurológicos son responsables del 13% del total de los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (DALYs)² que se pierden debido a todas las enfermedades y lesiones en el mundo (OMS, 2004d). Cinco de cada diez de las principales causas de discapacidad a nivel mundial son condiciones psiquiátricas, incluyendo la depresión, consumo de alcohol, esquizofrenia y trastornos compulsivos (Murray & Lopez, 1996). Las proyecciones estiman que para el año 2020 las condiciones neuropsiquiátricas serán responsables del 15% de las discapacidades a nivel mundial, y la depresión unipolar por sí sola será responsable del 5.7% de los DALYs.

El impacto económico de los trastornos mentales es amplio, duradero y enorme. Estos trastornos imponen una serie de costos en los individuos, familias y comunidades. En los Estados Unidos de América, se ha reportado que el total de los costos anuales relacionados con los trastornos mentales asciende a 147 billones de dólares estadounidenses, más que los costos atribuidos al cáncer, enfermedades respiratorias o SIDA (Instituto de Medicina, 1989). A pesar de que los estimados de los costos directos en los países de bajos ingresos no alcanzan estos niveles debido a la poca disponibilidad y cobertura de los servicios de atención de salud mental, los costos indirectos que surgen de la pérdida de productividad representan una proporción mayor de los costos generales (OMS, 2001b). Más aún, los bajos costos de tratamiento (debido a falta de tratamiento) podrían realmente aumentar los costos indirectos al aumentar la duración de los trastornos no tratados y su discapacidad asociada. En general, los costos económicos de los problemas mentales son enormes y no se pueden medir fácilmente. Además de los costos del servicio social y de salud, la pérdida de empleo, la reducción de la productividad, el impacto en las familias y en los proveedores de cuidado personal, los niveles de criminalidad y seguridad pública y el impacto negativo de la mortalidad prematura, hay otros costos que son difíciles de medir y que no han sido tomados en cuenta, tales como el impacto negativo del estigma y la discriminación o los costos de oportunidades perdidas por los individuos y familias (OMS, 2001b; Hosman & Jané-Llopis, 1999).

Para reducir la carga a la salud y la carga social y económica de los trastornos mentales, resulta esencial que los países y regiones presten mayor atención a la prevención y promoción de la salud mental al nivel de formulación de políticas, legislación, toma de decisiones y asignación de recursos dentro del sistema general de atención de salud.

¹ Incluyendo trastornos depresivos unipolares, trastornos afectivos bipolares, esquizofrenia, epilepsia, trastornos por consumo de alcohol y drogas elegidas, enfermedad de Alzheimer y otras demencias, trastorno por estrés postraumático, trastornos obsesivos y compulsivos, trastorno de pánico e insomnio primario.

² Años de Vida Ajustados por Discapacidad (DALYs), una metodología introducida en la Carga Global de Enfermedades, se le atribuye la discapacidad y cronicidad causada por trastornos (Murray & Lopez, 1996). DALY es una medida de las diferencias de salud, que combina la información sobre discapacidad y otros resultados de salud no fatales y muerte prematura. Un DALY es la pérdida de un año de 'vida saludable'.

Promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales

Una dificultad inicial que enfrentan los investigadores y diseñadores de políticas en este campo, está relacionada con las semejanzas y límites entre los conceptos de salud mental y enfermedad mental y entre prevención y promoción. La OMS define salud como “un estado de bienestar físico, mental y social completo y no meramente la ausencia de enfermedad o padecimiento” (OMS, 2001a, p.1). Por lo tanto, la salud incluye el funcionamiento mental, físico y social, los cuales están estrechamente relacionados y son interdependientes. Existe evidencia que indica que las enfermedades físicas y mentales pueden acompañar, seguir o precederse una a otra, así como hay evidencia que indica que los trastornos mentales aumentan el riesgo de enfermedad física y viceversa.

Promoción de la salud mental

La promoción de la salud mental se refiere con frecuencia a la salud mental positiva, considerando la salud mental como un recurso, como un valor por sí mismo y como un derecho humano básico que es esencial para el desarrollo social y económico. La promoción de la salud mental tiene el objeto de ejercer un impacto sobre los determinantes de la salud mental con el fin de aumentar la salud mental positiva, reducir desigualdades, construir capital social, crear ganancia de salud y reducir la diferencia en la expectativa de salud entre los países y grupos (Declaración de Yakarta para la Promoción de la Salud, OMS, 1997). Las intervenciones de promoción de la salud mental varían en su alcance e incluyen estrategias para promover el bienestar mental de aquellos que no están en riesgo, aquellos que están en alto riesgo y aquellos que están padeciendo o recuperándose de problemas relacionados con la salud mental (cuadro 1). Se puede obtener mayor información en *Promoción de la Salud Mental: Conceptos, Evidencia Emergente, Práctica* (Herrman, Saxena & Moodie 2004; OMS 2004b).

Cuadro 1: Definición de la promoción de salud mental

"Las actividades de promoción de salud mental implican la creación de condiciones individuales, sociales y ambientales que permitan el óptimo desarrollo psicológico y psicofisiológico. Dichas iniciativas involucran a individuos en el proceso de lograr una salud mental positiva, mejorar la calidad de vida y reducir la diferencia en expectativa de salud entre países y grupos. Es un proceso habilitador que se realiza con y para las personas. La prevención de los trastornos mentales puede ser considerada como uno de los objetivos y resultados de una estrategia más amplia de promoción de salud mental (Hosman & Jané-Llopis 1999)."

Prevención de los trastornos mentales

Las afecciones de salud mental se refieren a los problemas, síntomas y trastornos de salud mental, incluyendo la tendencia y síntomas de salud mental relacionados con un padecimiento temporal o continuo. Las intervenciones preventivas funcionan enfocándose en la reducción de los factores de riesgo y aumentando los factores de protección relacionados con los problemas de salud mental. Aunque hay diferentes matices de definiciones en el campo, la prevención de los trastornos mentales es ampliamente entendida de acuerdo a la definición en el cuadro 2.

Cuadro 2. Definición de salud pública en relación con la prevención de los trastornos mentales

La prevención de los trastornos mentales tiene el objeto de "reducir la incidencia, prevalencia, recurrencia de los trastornos mentales, el tiempo en que las personas permanecen con los síntomas o la condición de riesgo para desarrollar una enfermedad mental, previniendo o retardando las recurrencias y disminuyendo también el impacto que ejerce la enfermedad en la persona afectada, sus familias y la sociedad " (Mrazek & Haggerty, 1994).

El enfoque para la prevención de los trastornos mentales radica en el concepto de salud pública, definido como “el proceso de la movilización de recursos locales, estatales, nacionales e internacionales para

resolver problemas importantes de salud que afectan a las comunidades” (Detels y otros, 2002). El Informe del Instituto de Medicina (Mrazek & Haggerty, 1994) ha propuesto un marco de referencia para la intervención de salud mental en los trastornos mentales de acuerdo con la clasificación de la prevención de las enfermedades físicas (Gordon, 1983, 1987) y las distinciones clásicas de salud pública entre la prevención primaria, secundaria y terciaria. Las intervenciones preventivas universales, selectivas e indicadas se incluyen dentro de la prevención primaria en la clasificación de salud mental (cuadro 3). La prevención secundaria intenta disminuir la proporción de casos establecidos del trastorno o la enfermedad en la población (prevalencia) a través de la detección y tratamiento temprano de enfermedades diagnosticables. La prevención terciaria incluye intervenciones que reducen la discapacidad, mejoran la rehabilitación y previenen las recaídas y recurrencias de la enfermedad. *Prevención de Trastornos Mentales: Intervenciones Efectivas y Opciones de Políticas* se enfoca en la prevención primaria de los trastornos mentales. Examina las intervenciones universales, selectivas e indicadas y propone estrategias efectivas para que los diseñadores de políticas, funcionarios del gobierno y médicos las puedan implementar en todos los países y regiones.

Cuadro 3: Definiciones de prevención universal, selectiva e indicada

Prevención universal se define como aquellas intervenciones que están dirigidas al público en general o a un grupo completo de la población que no ha sido identificado sobre la base de mayor riesgo.

Prevención selectiva se dirige a individuos o subgrupos de la población cuyo riesgo de desarrollar un trastorno mental es significativamente más alto que el promedio, según evidencia comprobada por los factores de riesgo psicológico o social.

Prevención indicada se dirige a las personas en alto riesgo que son identificadas como personas con signos o síntomas mínimos, pero detectables, que pronostican el inicio de un trastorno mental, o marcadores biológicos que indican la predisposición para desarrollar trastornos mentales, pero que en ese momento, no cumplen con el criterio para trastorno mental. (Mrazek & Haggerty, 1994, pp. 22—24)

Interfaz entre la prevención y la promoción en el campo de la salud mental

La distinción entre la prevención y promoción de la salud radica en sus resultados proyectados. La promoción de la salud mental intenta promover la salud mental positiva aumentando el bienestar psicológico, la capacidad y la fortaleza emocional, y creando condiciones y entornos favorables a la vida. La prevención de los trastornos mentales tiene como objetivo la reducción de los síntomas y en última instancia, la reducción de los trastornos mentales. Utiliza estrategias de promoción de salud mental como uno de los medios para lograr esas metas. Cuando la promoción de la salud mental tiene el objeto de mejorar la salud mental positiva en la comunidad, también podrá tener el resultado secundario de disminuir la incidencia de los trastornos mentales. La salud mental positiva actúa como un poderoso factor de protección contra las enfermedades mentales. Sin embargo, los trastornos mentales y la salud mental positiva no se pueden describir como extremos diferentes de una escala lineal, sino más bien como dos componentes superpuestos e interrelacionados de un solo concepto de salud mental (Detels y otros., 2002). Los elementos de prevención y promoción a menudo están presentes dentro de los mismos programas y estrategias, involucrando actividades similares y produciendo resultados diferentes pero complementarios. Debido a que tanto la promoción de la salud mental como la prevención de los trastornos mentales se ocupan principalmente del mejoramiento de la salud mental y la influencia de sus antecedentes, se deben entender como enfoques conceptualmente distintos pero interrelacionados.

Desarrollando la evidencia para programas y políticas exitosas

La necesidad de contar con evidencia

La medicina basada en evidencia y la prevención basada en evidencia estimulan el uso del mejor conocimiento disponible sobre investigación sistemática en la toma de decisiones para la práctica clínica y de

salud pública. Parafraseando la definición original de Sackett de medicina basada en evidencia (Sackett y otros, 1996), la prevención basada en evidencia y la promoción de la salud es el uso concienzudo, explícito y bien ponderado de la mayor evidencia actual para tomar decisiones relacionadas con las intervenciones para individuos, comunidades y poblaciones que faciliten los mejores resultados actualmente posibles al reducir la incidencia de enfermedades y al permitir que las personas mejoren su salud y aumenten el control que ejercen sobre ella. (Hosman & Jané-Llopis, 2005). La presión que ejerce la sociedad para una mayor responsabilidad del gasto público en medidas preventivas que reduzcan la carga de los problemas de salud mental, exige una sólida evidencia de los beneficios públicos y la rentabilidad de dichas intervenciones para garantizar la sostenibilidad del apoyo gubernamental y público. Esto es especialmente importante cuando las agencias gubernamentales y no gubernamentales tienen que tomar decisiones sobre la diseminación e implementación de nuevas medidas preventivas a gran escala.

Este informe presenta la evidencia actual de la prevención efectiva de los trastornos mentales para estimular su uso en las políticas y prácticas y para promover nuevas inversiones en el sector de prevención. El progreso significativo en los estudios de prevención durante las últimas décadas ha cambiado el escepticismo acerca de la posibilidad de prevenir los trastornos mentales. El conocimiento científico ha aumentado el rol de los factores maleables de riesgo y de protección en el desarrollo de los trastornos mentales y de conducta a lo largo de la vida. Muchos estudios han demostrado que las intervenciones preventivas pueden ser exitosas en la reducción de los factores de riesgo y en el fortalecimiento de los factores de protección, y están comenzando a mostrar reducciones en la aparición y recurrencia de problemas graves de salud mental y trastornos mentales en las poblaciones en riesgo.

Estándares de evidencia

La necesidad de la prevención basada en evidencia y la promoción de la salud han desencadenado un debate internacional entre los investigadores, médicos, personas interesadas en la promoción de la salud y diseñadores de políticas en cuanto a los estándares de calidad de la evidencia. La sólida evidencia científica y los estándares para la evidencia son necesarios para evitar conclusiones erradas sobre los resultados de las pruebas de intervención (validez interna) o sobre los resultados esperados de dichas intervenciones cuando se implementan en diferentes sitios, escenarios y culturas (validez externa). En el interés de las poblaciones meta, la evidencia debe cumplir con los estándares más altos posibles.

En la medicina basada en evidencia, la prueba aleatoria controlada (RCT por sus siglas en inglés) es ampliamente aceptada como el “estándar de oro” y como la mejor estrategia para reducir el riesgo de sacar conclusiones erradas de las investigaciones. No obstante, en la investigación de prevención y promoción de la salud, la RCT tiene limitaciones. El diseño es específicamente apropiado para estudiar las influencias causales a un nivel individual utilizando intervenciones en un contexto altamente controlado. Sin embargo, muchas intervenciones preventivas y de promoción de la salud se concentran en clases, escuelas, compañías, comunidades o incluso poblaciones completas. Algunos estudios han utilizado el método aleatorio en clases escolares e incluso en la escuela como un todo; sin embargo, dichos diseños son difíciles de materializar y requieren relaciones duraderas entre los investigadores y las comunidades. Por lo tanto, otros diseños de investigación, tales como los estudios cuasi experimentales y diseños de series de tiempo secuenciales también deben considerarse como estrategias valiosas para desarrollar evidencia útil en esta área. Estas estrategias de investigación han sido utilizadas exitosamente para evaluar, por ejemplo, el impacto que las medidas de políticas y legislación nacional ejercen en la reducción del consumo de alcohol, tabaco y drogas ilícitas. En ciertas situaciones, los estudios cualitativos también son necesarios para desarrollar el entendimiento de los factores facilitadores y las barreras para desarrollar e implementar programas y políticas efectivas. Este informe, por lo tanto, está basado en conclusiones de estudios que utilizan diferentes tipos de diseños de investigación controlados, incluyendo evidencia de las RCT, cuando está disponible, así como las conclusiones de los estudios que utilizan métodos de investigación cuasi experimentales y cualitativos.

A través de múltiples pruebas, se han encontrado resultados positivos para un número creciente de programas. Para aumentar la solidez de los hallazgos presentados en este informe, se necesita asignar prioridad a la repetición de los estudios en todas las comunidades y países. Dichos estudios son necesarios

para entender cuál es el rol que juega la variación en las condiciones culturales y económicas cuando se implementan intervenciones similares en nuevos escenarios. Estos estudios también ayudan a identificar las adaptaciones que se necesitan en dichos escenarios para mantener los resultados anteriormente encontrados. La mayoría de las investigaciones actuales ha sido implementada en países desarrollados, especialmente en los Estados Unidos. Este Informe Compendiado y el Informe Completo sobre el cual se basa (Hosman, Jané-Llopis & Saxena, 2005) intentan facilitar la accesibilidad y el uso de intervenciones basadas en evidencia y el conocimiento de la prevención a nivel mundial. Los principios de las intervenciones que funcionan se pueden aplicar en diferentes situaciones. Esto es especialmente importante para los países de bajos ingresos que carecen de recursos para la investigación de prevención, en tanto que necesitan hacer frente a los enormes problemas de salud mental a nivel público. Para facilitar el desarrollo de la prevención y la toma de decisiones, dichos países necesitan recibir apoyo en la interpretación de la factibilidad de los programas de prevención disponibles para el desarrollo continuo de sus propios programas basados en evidencia.

En vista de la creciente disponibilidad de programas de prevención basados en evidencia y la tendencia internacional a adoptar las “mejores prácticas” a través de los países y comunidades, surgen dudas acerca del nivel (estándar) de evidencia que necesita estar disponible con el fin de tomar una decisión acerca de su adopción, reimplementación o implementación a gran escala. Resulta difícil proporcionar reglas generales para dichas decisiones que son válidas a través de los países, aunque nuevos sitios y variaciones en las condiciones culturales y económicas podrán desafiar la evidencia que fuera desarrollada con anterioridad. En general, se recomienda que la validez interna y externa de la evidencia disponible sea considerada en cada uno de los casos con el fin de decidir si se justifica una implementación o si solo debe ser de naturaleza experimental, guiada por nuevos estudios de resultados.

La conformación de la base de evidencia para la prevención es un proceso incremental y diferentes estándares de evidencia aplican a los diferentes tipos de decisiones que se tienen que tomar.

Parte I: Factores de riesgo y de protección basados en evidencia

El concepto de los factores de riesgo y de protección

La prevención de los trastornos mentales se enfoca en aquellos determinantes que ejercen una influencia causal, predisponiendo la aparición de los trastornos mentales. *Los factores de riesgo* están asociados con una mayor probabilidad de aparición de la enfermedad, mayor gravedad y mayor duración de los principales problemas de salud. *Los factores de protección* se refieren a las condiciones que mejoran la resistencia de las personas a los factores de riesgo y trastornos. Han sido definidos como aquellos factores que modifican, aminoran o alteran la respuesta de una persona a algunos peligros ambientales que predisponen a una consecuencia de inadaptación (Rutter, 1985). En su mayoría, los factores individuales de protección son idénticos a las características de salud mental positiva, tales como la autoestima, fortaleza emocional, pensamiento positivo, destrezas sociales y de resolución de problemas, habilidades para el manejo del estrés y sentimientos de control. Por esta razón, las intervenciones preventivas dirigidas a fortalecer los factores de protección se superponen en gran medida con la promoción de la salud mental.

Existe sólida evidencia acerca de los factores de riesgo y de protección y sus vínculos con el desarrollo de los trastornos mentales (por ej., Coie y otros., 1993; Ingram & Price, 2000). Tanto los factores de riesgo como los de protección pueden ser de carácter individual, relacionados con la familia, sociales, económicos y ambientales. Generalmente, es el efecto acumulado de la presencia de múltiples factores de riesgo, la falta de factores de protección y la interacción de situaciones de riesgo y protección, lo que predispone a los individuos a cambiar de una condición mentalmente saludable a una mayor vulnerabilidad, pasar luego a un problema mental y finalmente a un trastorno mental con todas las características.

Las intervenciones para prevenir los problemas de salud mental pretenden contraatacar los factores de riesgo y reforzar los factores de protección a lo largo de la vida de la persona con el fin de interrumpir esos procesos que contribuyen a la disfunción mental humana. Mientras mayor influencia tengan los factores individuales sobre el desarrollo de los trastornos mentales y la salud mental, mayor será el efecto preventivo que se puede esperar cuando se implementen exitosamente.

Resulta imperativo que los determinantes abordados en las intervenciones preventivas sean maleables y abarquen factores específicos de la enfermedad, así como también los factores genéricos de riesgo y protección. *Los factores genéricos de riesgo y protección* son aquellos que son comunes a varios problemas y trastornos de salud mental. Las intervenciones que abordan exitosamente dichos factores genéricos pueden producir un amplio espectro de efectos preventivos. Por ejemplo, la pobreza y el abuso de menores son comunes en la depresión, la ansiedad y el abuso de sustancias. Se puede esperar que las intervenciones que abordan exitosamente la pobreza y el abuso de menores tengan un impacto en todos estos trastornos. *Los factores de riesgo y de protección específicos de la enfermedad* son aquellos que están principalmente relacionados con el desarrollo de un trastorno en particular. Por ejemplo, el pensamiento negativo está específicamente relacionado con la depresión, mientras que la depresión mayor está específicamente relacionada con el suicidio.

Existen también interrelaciones entre la salud mental y física. Por ejemplo, la enfermedad cardiovascular puede producir depresión y viceversa. La salud mental y física también pueden estar relacionadas a través de factores comunes de riesgo, por ejemplo las malas condiciones habitacionales pueden producir una salud mental y física deficiente. Se necesita un mayor entendimiento de las relaciones entre los diferentes trastornos mentales, entre la salud mental y física, y las rutas evolutivas de los factores genéricos y de riesgos específicos de la enfermedad que producen problemas de salud mental.

Actualmente, existe suficiente conocimiento disponible, basado en evidencia, acerca de los factores de riesgo y de protección para garantizar las inversiones gubernamentales y no gubernamentales en el desarrollo,

diseminación e implementación de programas y políticas basadas en evidencia. Estas intervenciones que abordan los factores de riesgo y protección que tienen un amplio impacto o que son comunes a una variedad de problemas relacionados, incluyendo problemas sociales y económicos, serán las más rentables y atractivas para los diseñadores de políticas y partes interesadas.

Los diseñadores de políticas y programas necesitan tener en cuenta que un trastorno mental específico puede ser el resultado de trayectorias causales bastante diferentes que funcionan para las diversas poblaciones en riesgo. Por lo tanto, las políticas de salud pública efectivas deben abarcar múltiples intervenciones preventivas que aborden múltiples trayectorias causales para las respectivas poblaciones en riesgo.

Determinantes sociales, ambientales y económicos

Los principales determinantes socioeconómicos y ambientales de la salud mental están relacionados con grandes problemas tales como la pobreza, la guerra y la desigualdad. Por ejemplo, las personas pobres a menudo viven sin las libertades básicas de seguridad, acción y elección que las personas que no están en esta situación, dan por hecho. Con frecuencia carecen de alimento, refugio, educación y salud adecuada, privaciones que no les permiten llevar el tipo de vida que todos valoramos (Banco Mundial, 2000). Las poblaciones que viven en circunstancias socioeconómicas de pobreza están en mayor riesgo de presentar problemas de salud mental, sufrir de depresión y gozar de un bienestar subjetivo inferior. (Patel & Jané-Llopis, 2005). Otros macro factores tales como la migración a áreas urbanas, la guerra y el desplazamiento, la discriminación racial y la inestabilidad económica han sido vinculados con mayores niveles de sintomatología psiquiátrica y morbilidad psiquiátrica. Por ejemplo, los traumas por la guerra o relacionados con la guerra causan trastornos de estrés pos-traumáticos (PTSD), depresión, ansiedad y trastornos relacionados con el consumo de alcohol (Musisi, Mollica & Weiss, 2005). Además, dichos traumas pueden crear vulnerabilidades psiquiátricas en los hijos de padres traumatizados y deprimidos.

El cuadro 4 muestra una serie de determinantes de salud mental de naturaleza social, ambiental y económica, basados en evidencia, que se discuten más adelante en *Prevención de los Trastornos Mentales: Intervenciones Efectivas y Opciones de Políticas* (Hosman, Jané-Llopis & Saxena, 2005).

Cuadro 4: Determinantes sociales, ambientales y económicos de salud mental	
Factores de riesgo	Factores de Protección
Acceso a drogas y alcohol	Fortalecimiento
Desplazamiento	Integración de minorías étnicas
Aislamiento y enajenamiento	Interacciones interpersonales positivas
Falta de educación, transporte, vivienda	Participación social
Desorganización de la vecindad	Responsabilidad social y tolerancia
Rechazo de compañeros	Servicios sociales
Circunstancias sociales deficientes	Apoyo social y redes comunitarias
Nutrición deficiente	
Pobreza	
Injusticia racial y discriminación	
Desventaja social	
Migración a áreas urbanas	
Violencia y delincuencia	
Guerra	
Estrés laboral	
Desempleo	

Determinantes individuales y relacionados con la familia

Los factores de riesgo y de protección individuales y relacionados con la familia pueden ser biológicos, emocionales, cognitivos, conductuales, interpersonales o relacionados con el contexto familiar. Pueden tener su mayor impacto en la salud mental durante períodos sensitivos a lo largo de la vida e incluso pueden tener impacto a través de generaciones. Por ejemplo, el abuso de menores y la enfermedad mental de los padres durante la infancia y niñez temprana pueden conducir a depresión y ansiedad en períodos posteriores de la vida, así como en las siguientes generaciones, aunque la seguridad del afecto y el apoyo social de la familia pueden reducir dichos riesgos (Hoefnagels, 2005; Beardslee, Solantaus & van Doesum, 2005). La conducta de riesgo maternal durante el embarazo y sucesos de aversión que ocurren temprano en la vida pueden causar vulnerabilidades neuropsicológicas (Brown & Sturgeon, 2005). La discordia marital puede preceder a problemas de conducta en niños, depresión entre las mujeres y problemas relacionados con el alcohol en ambos padres (por ej., Sandler, Ayers & Dawson-McClure, 2005; Dyer & Halford, 1998).

Los ancianos que están físicamente enfermos pueden padecer de una variedad de factores de riesgo y problemas subsiguientes, tales como el insomnio crónico, problemas de alcoholismo, abuso debido a su edad, pérdida personal y duelo. Otros factores de riesgo están estrechamente relacionados con historias de conductas conflictivas y trastornos, tales como los episodios depresivos tempranos. Los trastornos de ansiedad aumentan el riesgo de depresión, en tanto que la depresión aumenta el riesgo de enfermedad cardiovascular posterior. Algunas veces tales trayectorias causales pueden incluir una sucesión de síndrome de déficit de atención e hiperactividad (ADHD) en la niñez temprana, conducta conflictiva en la niñez tardía, trastornos de conducta durante la adolescencia y problemas relacionados con el alcohol y problemas de depresión durante la vida adulta. Estos son solo algunos ejemplos de los factores de riesgo y de protección que juegan un papel importante en los individuos y las familias. El cuadro 5 muestra los principales factores basados en evidencia que se ha observado están relacionados con la aparición de los trastornos mentales.

Los diseñadores de políticas y los médicos deben recibir el conocimiento de los determinantes maleables y basados en evidencia de la salud mental y sus vínculos con los problemas de salud mental. Hay firme evidencia que indica que estos determinantes individuales, familiares, sociales, económicos y ambientales de salud mental no solo llevan al desarrollo de una variedad de problemas y trastornos de salud mental sino también a problemas físicos de salud asociados. Estos incluyen, por ejemplo, fracturas del cráneo, lesiones de la cabeza, enfermedad cardiovascular, cáncer y cirrosis hepática. Las siguientes secciones de esta publicación presentan evidencia de cómo se pueden afrontar los problemas de salud mental y la morbilidad psiquiátrica abordando los factores genéricos de riesgo y de protección a través de intervenciones preventivas y la promoción de la salud mental.

Cuadro 5: Factores de riesgo y de protección para trastornos mentales

<i>Factores de riesgo</i>	<i>Factores de protección</i>
Fracaso académico y desmoralización estudiantil Déficits de atención Cuidar a pacientes crónicamente enfermos o dementes Abuso y abandono de menores Insomnio crónico Dolor crónico Comunicación anormal Embarazos tempranos Abuso a ancianos Inmadurez y descontrol emocional Uso excesivo de sustancias Exposición a la agresión, violencia y trauma Conflicto familiar o desorganización familiar Soledad Bajo peso al nacer Clase social baja Enfermedad médica Desbalance neuroquímico Enfermedad mental de los padres Abuso de sustancias por parte de los padres Complicaciones perinatales Pérdida personal — duelo Habilidades y hábitos de trabajo deficientes Discapacidades de lectura Discapacidades sensoriales e impedimentos orgánicos Incompetencia social Eventos de mucha tensión Consumo de sustancias durante el embarazo	Capacidad para afrontar el estrés Capacidad para enfrentar la adversidad Adaptabilidad Autonomía Estimulación cognitiva temprana Ejercicio Sentimientos de seguridad Sentimientos de dominio y control Buena crianza Alfabetización Apego positivo y lazos afectivos tempranos Interacción positiva entre padres e hijos Habilidades de resolución de problemas Conducta prosocial Autoestima Destrezas vitales Destrezas sociales y de manejo de conflictos Crecimiento socioemocional Manejo del estrés Apoyo social de la familia y amigos

Parte II: Macro-estrategias para reducir el riesgo y mejorar la calidad de vida

Los cambios en la legislación, la formulación de políticas y la asignación de recursos pueden proporcionar a los países y regiones mejoras significativas en la salud mental de la población. Además de disminuir el riesgo de los trastornos mentales y mejorar la salud mental, dichos cambios legislativos también han demostrado tener un impacto positivo en la salud y el desarrollo social y económico de las sociedades. Esta sección analiza algunas de las principales macro-estrategias preventivas que se ha comprobado que mejoran la salud mental y reducen los riesgos de desarrollar trastornos mentales (Patel & Jané-Llopis, 2005; Musisi, Molica & Weiss, 2005; Anderson y otros., 2005).

Mejorando la nutrición

Existe fuerte evidencia que señala que al mejorar la nutrición y el desarrollo de los niños en desventaja socioeconómica puede conducir a un desarrollo cognitivo saludable, mejores resultados educativos y menor riesgo de desarrollar problemas de salud mental, especialmente para aquellos que están en riesgo o que viven en comunidades empobrecidas. Los modelos más efectivos de intervención son aquellos que incluyen alimentación complementaria, monitoreo del crecimiento y promoción. Estos modelos combinan las intervenciones nutricionales (tales como suplementos alimenticios) con consejería y atención psicológica (por ejemplo, afecto, escuchar atentamente) (OMS, 1999). También se ha sugerido que las gráficas de crecimiento (que indican el peso del niño comparado con el peso esperado) son rentables (OMS, 2002c). Además, el iodo juega un papel clave en la prevención del retardo mental y físico y los impedimentos en la capacidad de aprendizaje (OMS, 2002c). Los programas de suplementos de iodo que utilizan agua o sal yodada garantizan que los niños obtengan niveles adecuados de iodo. Los esfuerzos globales como los que apoya el UNICEF han logrado que el 70% de los hogares del mundo utilicen sal yodada. Esto protege a 91 millones de recién nacidos contra la deficiencia de iodo (UNICEF, 2002) y previene indirectamente los problemas relacionados con la salud mental y física.

Mejorando la vivienda

Las malas condiciones habitacionales se han utilizado como un indicador de la pobreza y se han seleccionado como objetivos para mejorar la salud pública y reducir desigualdades en salud. Una reciente revisión sistemática sobre los efectos que una mejor vivienda ejerce sobre la salud, sugiere un impacto prometedor en los resultados de la salud física y mental. Esto incluye mejoras en la salud física y mental auto-reportadas y menor tensión mental, así como impactos sociales positivos más amplios sobre factores tales como las percepciones de seguridad, delito y participación social y comunitaria (Thomson, Petticrew & Morrison, 2001).

Mejorando el acceso a la educación

La falta de alfabetización y los bajos niveles de educación son problemas sociales importantes en muchos países, especialmente en el sur de Asia y el África Subsahariana y tienden a ser más comunes en las mujeres. La falta de educación limita severamente la capacidad de los individuos a tener acceso a privilegios económicos. Aunque ha habido ganancias impresionantes al mejorar los niveles de alfabetización en la mayoría de los países, a través de mejores programas educativos dirigidos a niños, el esfuerzo dirigido a los analfabetas adultos actuales es mucho menor. Se espera que los programas dirigidos a mejorar la alfabetización, especialmente los que están dirigidos a los adultos, puedan tener beneficios tangibles en la reducción de la tensión psicológica y la promoción de la salud mental. Por ejemplo, investigaciones etnográficas en India han mostrado que los programas de alfabetización tienen repercusiones significativas que van más allá de la adquisición de las habilidades específicas (Cohen, 2002). Al agrupar a las mujeres en

nuevas formas sociales para brindarles información e ideas desde la perspectiva de un mundo más amplio, las clases fueron catalizadores potenciales del cambio social. Al participar en campañas como maestras voluntarias, las mujeres y niñas pobres que saben leer y escribir lograron una sensación de orgullo, valor propio y propósito. El impacto de la salud mental positiva fue mediado a través de una serie de rutas, incluyendo la adquisición de destrezas numéricas que redujeron el riesgo de ser objeto de engaño y tener mayor confianza al expresar los derechos individuales y una reducción de las barreras para tener acceso a las oportunidades. Todos estos resultados han sido asociados con la protección contra los problemas de salud mental y la reducción de los riesgos de desarrollar trastornos mentales.

La evidencia también indica el éxito de las iniciativas que utilizan subsidios para disminuir las diferencias de sexo en la educación (Banco Mundial, 2000). Por ejemplo, en la primera evaluación del estipendio de una escuela establecida en Bangladesh en 1982, la matrícula de las niñas en escuela secundaria subió de 27% a 44% en el transcurso de cinco años, más del doble que el promedio nacional (Bellew & King, 1993). Los estudios de evaluación en Pakistán han mostrado que un mayor acceso físico a la escuela, los costos subsidiados y el diseño culturalmente apropiado pueden aumentar drásticamente la matrícula de las niñas en las escuelas (Banco Mundial, 2000). Una mejor educación aumenta las habilidades cognitivas, emocionales e intelectuales de las mujeres así como los prospectos de trabajo, y podría reducir la desigualdad y los riesgos de ciertos trastornos mentales, tales como la depresión.

Reduciendo la inseguridad económica

En muchos países en desarrollo, las deudas contraídas mediante préstamos a usureros es una fuente constante de estrés y preocupación que puede conducir a desarrollar síntomas de depresión, trastornos mentales y suicidio. Las organizaciones no gubernamentales tales como BRAC en Bangladesh han elaborado programas para aminorar la pobreza enfocándose en los establecimientos de crédito, la igualdad de género, la atención básica de salud, nutrición, educación y los asuntos relacionados con los derechos humanos. El otorgamiento de préstamos por parte de dichas fuentes puede reducir el riesgo de enfermedad mental al eliminar una causa clave de estrés: la amenaza que representa un prestamista informal. Una evaluación de los programas de reducción de la pobreza realizada por BRAC y que llega a millones de las personas más pobres en Bangladesh, indica que el bienestar psicológico es mejor en las mujeres que son miembros de BRAC que en las mujeres que no lo son (Chowdhury & Bhuiya, 2001).

Fortaleciendo las redes comunitarias

Muchas intervenciones comunitarias se han enfocado en el desarrollo de procesos de fortalecimiento y en el desarrollo de un sentido de propiedad y responsabilidad social dentro de los miembros de la comunidad. Un ejemplo de dichas intervenciones es el Programa “Communities that Care” (CTC), el cual ha sido implementado exitosamente en varios cientos de comunidades en los EUA y está actualmente siendo adoptado y reproducido en Holanda, Inglaterra, Escocia, Gales y Australia. El sistema operativo de prevención por parte del CTC es una estrategia que ha sido comprobada en el campo y que activa a las comunidades a que implementen sistemas de prevención contra la violencia y agresión comunitaria (Hawkins, Catalano & Arthur, 2002). La estrategia ayuda a que las comunidades utilicen los datos locales sobre factores de riesgo y de protección para identificar y desarrollar acciones. Estos incluyen intervenciones que funcionan simultáneamente en múltiples niveles ecológicos: la comunidad (por ej., movilización, medios de comunicación, cambio de políticas), la escuela (cambiando las estructuras de administración escolar o prácticas de enseñanza), la familia (por ej., estrategias de capacitación para padres de familia) y el individuo (por ej., estrategias para el desarrollo de destrezas sociales) (Investigación y Programas de Desarrollo, 1997). La estrategia del CTC apoya a las comunidades en la selección e implementación de programas actuales basados en evidencia que encajan en el perfil de riesgo de su comunidad. Hasta la fecha, el sistema de CTC solo ha sido evaluado en los EUA, con diseños previos y posteriores y comparaciones con los datos de línea base que involucran alrededor de 40 comunidades en cada prueba de campo. Estas evaluaciones han

indicado mejoras en los resultados de los jóvenes. Los ejemplos incluyen la reducción de los problemas escolares (30% de reducción), cargos por uso de armas (65%), robo (45%), delitos relacionados con droga (29%) y acusaciones por asalto (27%).

Reduciendo el daño causado por las sustancias adictivas

Tributación, menor disponibilidad y prohibiciones de publicidad

Las intervenciones de regulaciones efectivas para sustancias adictivas que se pueden implementar a nivel internacional, nacional, regional y local, incluyen la tributación, restricciones en la disponibilidad y prohibición total de todas las formas de publicidad directa e indirecta (Anderson y otros, 2005). Al reducir el daño causado por las sustancias adictivas, estas intervenciones de políticas pueden conducir a la prevención de los trastornos por uso de sustancias.

El precio es uno de los mayores determinantes del uso del alcohol y el tabaco. Un aumento en los impuestos que incremente en un 10% los precios del tabaco reducirá tanto la prevalencia como el consumo de los productos del tabaco aproximadamente en un 5% en países de altos ingresos y en un 8% en los países de bajos y medianos ingresos. Igualmente ocurre con el alcohol, un aumento de 10% en el precio puede reducir el consumo de alcohol a largo plazo en alrededor de un 7% en países de altos ingresos y, aunque hay muy pocos datos, en alrededor de 10% en los países de bajos ingresos (Anderson y otros., 2005). Además, el aumento en los impuestos del alcohol reduce la incidencia y prevalencia de enfermedades hepáticas relacionadas con el alcohol, accidentes de tráfico y otras lesiones intencionales y no intencionales, tales como la violencia familiar y los impactos negativos en la salud mental debido al consumo de alcohol.

Las leyes que aumentan la edad legal mínima para ingerir bebidas alcohólicas reducen las ventas y problemas de alcohol entre los bebedores jóvenes. Las reducciones en las horas y los días de venta y en la cantidad de locales de expendio de alcohol y las restricciones en el acceso al alcohol están asociadas con reducciones, tanto en el consumo de alcohol como en los problemas relacionados con el alcohol. Las restricciones de fumar en lugares públicos y sitios de trabajo privados pueden reducir tanto la prevalencia de los fumadores (en 4 a 6%) como el promedio diario de consumo de cigarrillos entre los fumadores (en 10%) (Fichtenberg & Glantz, 2002).

Un conjunto integral de prohibiciones en la publicidad del tabaco puede reducir el consumo en más de 6%, en tanto que un conjunto limitado de prohibiciones tendrá poco o ningún efecto (Saffer, 2000). Los países con una prohibición de publicidad que estimula el consumo del tabaco tuvieron un 16% menos de consumo de alcohol y 10% menos de muertes por accidentes automovilísticos que los países sin ninguna prohibición (Saffer & Dave, 2002).

Menor uso del tabaco y otras sustancias durante el embarazo

Existe evidencia convincente sobre el impacto negativo que el uso del alcohol, el tabaco y las drogas durante el embarazo, ejerce en la probabilidad de partos prematuros, bajo peso al nacer, mortalidad perinatal y problemas de desarrollo neurológico y cognitivo-emocional a largo plazo (por ejemplo, inteligencia inferior, ADHD, problemas de conducta, menor rendimiento escolar) (Brown & Sturgeon, 2005). Los partos prematuros y el bajo peso al nacer son factores conocidos de riesgo que producen resultados adversos en la salud mental y trastornos psiquiátricos. En general, el abuso de sustancias por parte de la madre, también está asociado con el hecho de que el niño desarrolle adicción a sustancias en la adolescencia o adultez temprana. Los programas educativos que estimulan a las mujeres embarazadas a abstenerse del uso de sustancias pueden beneficiar la salud mental a largo plazo. Por ejemplo, una intervención conductual de 15 minutos para fumadoras embarazadas mostró un aumento de 6% en la abstinencia del cigarrillo. Los bebés de madres que dejaron de fumar pesaron 200 gramos más al nacer; con la disminución del uso del cigarrillo, el peso al nacer solo aumentó la mitad de esta cantidad (Windsor y otros, 1993).

Parte III: Reduciendo los factores de estrés y aumentando la fortaleza

Promoviendo un inicio saludable en la vida

Existe amplia evidencia que demuestra que los programas de intervención temprana representan una poderosa estrategia de prevención. La mayoría de los programas exitosos que abordan los factores de riesgo y de protección en las primeras etapas de la vida, están dirigidos a poblaciones infantiles en riesgo, especialmente los niños que provienen de familias de bajos ingresos y niveles educativos (Brown & Sturgeon, 2005). Estos programas incluyen intervenciones realizadas en los hogares durante el embarazo y la infancia, los esfuerzos para reducir el cigarrillo durante el embarazo, capacitación de preparación a los padres en la crianza de los hijos y programas preescolares.

Intervenciones realizadas en el hogar

La evidencia de las intervenciones realizadas mediante visitas a los hogares durante el embarazo y la infancia temprana, abordan factores tales como el uso del cigarrillo por parte de la madre, poco apoyo social, habilidades de los padres e interacciones niño-padre/madre, han demostrado repercusiones sociales, económicas y en la salud, de gran importancia para la salud pública (Brown & Sturgeon, 2005). Estas incluyen el mejoramiento de la salud mental, tanto en las madres como en los recién nacidos, menor uso de los servicios de salud y reducción a largo plazo de los problemas de conducta después de 15 años. La evidencia también demuestra que dichas intervenciones pueden ser rentables, especialmente cuando se toman en cuenta los resultados a largo plazo.

El Programa Prenatal y de la Infancia a través de Visitas al Hogar (Olds, 1997, 2002) es un ejemplo efectivo de dicha clase de programas (refiérase al cuadro 6 para conocer los detalles).

Cuadro 6: El Programa Prenatal y de la Infancia a través de Visitas al Hogar

Este programa representa el ejemplo más exitoso de un programa de visitas al hogar basado en evidencia. El programa incluía un período de dos años de visitas al hogar por parte de enfermeros capacitados y se concentraba en adolescentes pobres embarazadas por primera vez. Las pruebas aleatorias controladas (RCT) mostraron beneficios para los recién nacidos, reduciendo el bajo peso al nacer (un aumento de hasta 400 gramos), una reducción de 75% en partos antes de término, una reducción de más del doble en las consultas de urgencia y una reducción significativa en el abuso de menores entre adolescentes no casadas. Durante los siguientes cuatro años, las madres hicieron menos uso del castigo, el empleo de las madres aumentó en 82%, el embarazo del segundo hijo se prolongó por más de 12 meses y sus hijos obtuvieron puntuaciones más altas en su cociente intelectual. Para la edad de 15 años se habían reportando menos casos de maltrato, los niños tenían menos de 56% de probabilidades de presentar problemas con el alcohol o drogas y se reportó un 56% menos de arrestos, 81% menos de condenas y una reducción de 63% en la cantidad de parejas sexuales. Las familias mejoraron su condición financiera y los menores costos para el gobierno relativos a dichas familias compensaron ampliamente el costo del programa (Olds, 1997, 2002; Olds y otros., 1997; Olds y otros., 1998).

Esta intervención ha sido reproducida, con éxito comparable, en otras dos comunidades en los Estados Unidos y ha sido recientemente adoptada por algunos países de Europa. Los enfermeros fueron más efectivos con madres que tenían niveles más altos de síntomas y problemas psiquiátricos; dichas familias con frecuencia se beneficiaron con programas específicos que pudieron abordar sus múltiples necesidades. Sin embargo, no todos los programas de visitas al hogar con enfermeros y trabajadores sociales han sido

efectivos (Villar y otros, 1992). Esto destaca la necesidad de identificar cuáles son los ingredientes activos en los programas efectivos y cuáles impiden su efectividad. Por ejemplo, en el Programa Prenatal y de la Infancia a través de Visitas al Hogar, se observó que los enfermeros que realizaban las visitas al hogar produjeron mejores resultados que los paraprofesionales. Sin embargo, esto no es siempre el caso; el uso de los recursos comunitarios también puede ser una estrategia eficiente. Por ejemplo, los programas de visitas al hogar pueden ser especialmente beneficiosos en las poblaciones y países de bajo ingreso debido al analfabetismo o a las limitaciones del acceso a la atención o información sobre la salud. Los países en desarrollo no tienen otra alternativa que la de capacitar a los trabajadores no profesionales que brindan apoyo a las familias de la comunidad y tener suficiente conocimiento para llevarlo a cabo.. Estas intervenciones se pueden proporcionar siempre y cuando haya suficiente capacitación disponible. Se necesitan más estudios sobre los resultados finales en esta área.

Educación preescolar e intervenciones con los padres

Los programas comunitarios para familias en riesgo con niños pequeños han generado una serie de resultados positivos (Brown & Sturgeon, 2005). Estos incluyen programas preescolares universales tales como los programas de lectura para familias, clínicas para evaluaciones de salud, programas organizados de recreación y televisión que enseñan las habilidades de lectura a nivel de escuela primaria y los valores socioemocionales.

Las intervenciones tempranas selectivas dirigidas a los niños de familias de minorías y empobrecidas con el fin de aumentar su funcionamiento cognitivo y habilidades de habla y lenguaje, han mejorado el desarrollo cognitivo, el rendimiento y culminación de los estudios y disminuido los problemas de conducta y arrestos. El Proyecto Preescolar Perry de Alto Alcance, por ejemplo, demostró beneficios hasta las edades de 19 y 27 años en cuanto a arrestos de por vida (reducción de 40%) y un rendimiento económico siete veces mayor en la inversión del gobierno en el programa (Schweinhart y otros., 1993; Schweinhart & Weikart, 1997). El bajo peso al nacer es un factor de riesgo comprobado de deficiencias cognitivas y conductuales, dificultades para prosperar, problemas cognitivos en etapas posteriores de la vida, dificultades académicas y problemas escolares y aumentos en el riesgo de trastornos conductuales y psiquiátricos. Las intervenciones realizadas en el hogar, en combinación con los programas preescolares, tales como el Programa de Salud y Desarrollo Infantil dirigidos a infantes de bajo peso al nacer o a los hijos de madres con retardo mental, desde el nacimiento hasta los tres años, han mostrado repetitivamente ser efectivos para prevenir la disminución significativa del cociente intelectual durante los primeros cuatro o cinco años, incluyendo los niveles de retardo mental (por ej., Blair, Ramey & Hardin, 1995; Blair & Ramey, 1997). Los informes de las madres también apuntan hacia una reducción de los problemas de conducta. Los programas de centros infantiles para niños en riesgo han demostrado resultados positivos similares incluyendo una disminución significativa de los fracasos escolares durante la escuela primaria (por ej., Ramey, Yeates & Short, 1984).

Los programas de capacitación para preparar a los padres en la crianza de los hijos también han demostrado efectos preventivos importantes. Por ejemplo, el programa “Los Años Increíbles” de Webster-Stratton presenta una intervención basada en conductas que aumenta las interacciones positivas y reduce los ciclos de interacción coercitiva entre el niño y el padre o la madre, mejora la conducta del hijo para resolver problemas y su desenvolvimiento social, y reduce los problemas de conducta en casa y en la escuela. El programa utiliza métodos de presentaciones en videocintas e incluye módulos para padres, maestros de escuela y niños (Webster-Stratton & Reid, 2003; Webster-Stratton, Reid & Hammond, 2001). Otro ejemplo efectivo es el Programa Australiano Triple P “Programa de Padres Positivos” (Sanders, Turner & Markie-Dadds, 2002). Esta intervención representa una nueva generación de programas de multineveles para preparar a los padres e incluyen estrategias universales, selectivas e indicadas. En un estudio de seguimiento controlado, los padres que vieron una serie de videocintas sobre paternidad responsable, que exhibían un programa televisivo al estilo de “información en forma divertida”, reportaron una considerable reducción de las conductas impulsivas y un aumento en la confianza de su capacidad de crianza (Sanders, Montgomery & Brechman-Toussaint, 2000).

Reduciendo el abuso y abandono de menores

Se han implementado muchas actividades para prevenir o detener la ocurrencia o re-ocurrencia del abuso de menores. Solamente dos tipos de estrategias proactivas han demostrado cierta eficacia: los programas de visitas al hogar para madres en alto riesgo con el fin de prevenir el abuso físico y abandono de menores y los programas de autodefensa para niños de edad escolar con el fin de prevenir el abuso sexual de menores. (Hoefnagels, 2005).

Intervenciones realizadas en el hogar

Los programas de visitas al hogar han demostrado ser exitosos en la reducción de los factores de riesgo para el maltrato de menores. El Programa Prenatal y de la Infancia a través de Visitas al Hogar (refiérase al cuadro 6 antes mencionado) ha proporcionado evidencia de los estudios aleatorios controlados sobre las reducciones en el abuso físico de menores. Durante los primeros dos años del programa, las madres adolescentes solteras en la condición de prevención, mostraron una disminución de 80% en los casos de abuso o abandono comprobado de menores; durante un período de 15 años, se observó un descenso de 46% entre toda la muestra de madres en riesgo que participaron en el programa (Olds y otros, 1997). Estos resultados demuestran que la prevención del abuso de menores puede ser abordada exitosamente en un programa que se enfoque en los factores comunes de riesgo y resultados múltiples.

Estrategias de Autodefensa

El objetivo principal de los programas de autodefensa es proporcionar a los niños el conocimiento y las habilidades necesarias para que puedan prevenir su propia victimización. Estos programas realizados en las escuelas están ampliamente implementados en los Estados Unidos en los diferentes grados de las escuelas primarias. Las pruebas bien controladas han demostrado repetidamente que los niños que han participado en dichos programas se desenvuelven mejor en términos de conocimiento y habilidades en comparación con los niños que no han sido expuestos a dichos programas (Rispen, Aleman & Goudena, 1997). Sin embargo, aún no existe evidencia disponible que muestre que ha habido alguna reducción en la proporción del abuso de menores como resultado de los programas de autodefensa.

Afrontando la enfermedad mental de los padres

Los hijos de padres con enfermedades mentales o trastornos por abuso de sustancias representan una de las poblaciones de mayor riesgo de desarrollar problemas psiquiátricos. Por ejemplo, los niños de padres deprimidos tienen un riesgo de alrededor del 50% de desarrollar un trastorno depresivo antes de los 20 años de edad (Beardslee y otros, 1988). Hay evidencia convincente de que la transferencia transgeneracional de los trastornos mentales, especialmente la depresión y los trastornos de ansiedad, es el resultado de las interacciones entre los factores de riesgo genético, biológico, psicológico y social que pueden haber empezado en etapas tempranas de la vida, incluso durante la etapa fetal y la infancia temprana (van Doesum, Hosman & Riksen-Walraven, en la prensa). Durante los últimos 15 años, los investigadores y médicos de los Estados Unidos, Europa y Australia han desarrollado una gama de intervenciones que tienen como objetivo prevenir la transferencia transgeneracional, abordando los factores de riesgo y de protección en los niños y sus familias. Los asuntos abordados incluyen el conocimiento que tiene la familia acerca de la enfermedad, la fortaleza psicosocial de los niños, las interacciones padre/madre-hijo/hija y familia, el estigma y el apoyo de redes sociales. Algunas intervenciones están dirigidas a la interacción temprana entre hijos y padres, otras usan un enfoque integral de familia durante la niñez y adolescencia temprana, o se concentran en los propios niños en riesgo.

Los estudios de control de los resultados de dichos programas aún son escasos, aunque algunos muestran

resultados prometedores (Beardslee, Solantaus & van Doesum, 2005). Estos incluyen estudios sobre los programas de visitas al hogar durante el primer año después del nacimiento que se concentran en mejorar la interacción temprana entre padres e infantes, programas de detección e intervención temprana realizados en las escuelas con niños indicados que presentan aumento en los síntomas de ansiedad y padres ansiosos (refiérase a la sección V.3) y un programa de grupo orientado hacia el aspecto cognitivo dirigido a hijos adolescentes de padres deprimidos, con un elevado nivel de síntomas depresivos, pero sin trastorno mental. Por ejemplo, una prueba aleatoria en un programa de grupo orientado hacia el aspecto cognitivo, demostró una prevalencia de depresión nueva y recurrente de 25% en el grupo de control comparado con solamente un 8% en el grupo de intervención, durante el primer año de intervención, y respectivamente, una tasa de 31% comparada con 21% en el seguimiento al segundo año (Clarke y otros, 2001). Esto repitió los hallazgos de un estudio controlado realizado con anterioridad (Clarke y otros, 1995).

Aumentando la fortaleza y reduciendo la conducta de riesgo en las escuelas

A pesar de la variación en la cantidad de tiempo que los niños permanecen en las escuelas, éstas constituyen las principales instituciones para la socialización en muchas sociedades. Por esta razón, y debido a la conveniencia de realizar intervenciones en un entorno donde los jóvenes pasan gran parte de su tiempo, las escuelas se han convertido en uno de los entornos más importantes para la promoción de la salud y las intervenciones preventivas entre niños y jóvenes.

Hay abundante evidencia que demuestra que los programas realizados en las escuelas, ya sea en escuelas primarias, medias o secundarias, pueden influir sobre la salud mental positiva y reducir los factores de riesgo y los problemas emocionales y de conducta a través de un aprendizaje socioemocional e intervenciones ecológicas (refiérase a la revisión realizada por Domitrovitch y otros, 2005). Algunas intervenciones se concentran en la escuela como un todo utilizando un enfoque integral a través de los años, mientras que otras intervenciones se concentran solamente en una parte de la escuela (por ejemplo, niños de un grado específico) o un grupo específico de estudiantes que se han identificado en condición de riesgo. La mayoría de estos programas realizados en la escuela son de naturaleza universal y han detectado exitosamente una serie de factores genéricos de riesgo y de protección. Los resultados han incluido mejor rendimiento académico, aumento de las habilidades para resolver problemas y capacidad social, así como reducciones en problemas de internalización y externalización, tales como síntomas depresivos, ansiedad, intimidación de compañeros, uso de sustancias y conducta agresiva y delictiva.

Programas generales de conformación de habilidades

Los programas universales para la conformación de habilidades en las escuelas primarias o medias, tales como el programa “Yo Puedo Resolver Problemas” (Shure, 1997; Shure & Spivack, 1988), pueden mejorar significativamente las habilidades cognitivas para la solución de problemas y reducir la inhibición y la impulsividad. El Programa Mejorando la Concientización Social – Solución de Problemas Sociales (ISA-SPS) condujo a una mejor forma de enfrentar los factores de estrés relacionados con la transición a escuelas medias, junto con reducciones en las conductas conflictivas, en un seguimiento a los seis años (Bruene-Butler y otros, 1997). El Programa Promoviendo Estrategias de Razonamiento Alterno (PATHS por sus siglas en inglés) es otro ejemplo de un programa que ha demostrado, a través de varias RCTs, un mejor conocimiento de las emociones y habilidades para resolver problemas, así como reducciones en los problemas de internalización y externalización (Grupo de Investigación de Prevención de Problemas de Conducta, 1999; Greenberg & Kusche, 1998). Los programas de conformación de habilidades realizados en las escuelas que están dirigidos a estudiantes de escuelas medias y secundarias a menudo funcionan tanto como programas de prevención de los problemas mentales como de prevención de abuso de sustancias, especialmente cuando la resolución de problemas está dirigida a que se aborden estos asuntos.

Cambiando la ecología escolar

Las intervenciones preventivas de enfoque ecológico intentan abordar variables contextuales en el hogar o la escuela de los niños como una forma de mejorar su funcionamiento emocional y de conducta y prevenir o reducir síntomas u otras consecuencias negativas. Según la revisión del Informe Completo (Domitrovich y otros, 2005), dichas consecuencias son exitosamente producidas mediante programas que reestructuren el ambiente escolar (por ej., el Proyecto de Ambiente Transicional Escolar: Felner y otros, 1993), influyan en el ambiente del salón de clases (por ej., Juego Buena Conducta: Kellam y otros, 1994) o en el ambiente de la escuela como un todo (por ej., el Programa Noruego de Prevención de Intimidación de Compañeros: Olweus, 1989). Por ejemplo, a través de varias RCTs en los EUA y en Holanda, el Juego de Buena Conducta, un programa universal que promueve la conducta positiva y el cumplimiento de las reglas en el salón de clases a través de refuerzo positivo, demostró reducciones significativas de la conducta agresiva hasta cinco años después de la intervención en aquellos niños con conducta agresiva con clasificación en la línea base de moderada a alta (Kellam y otros, 1994; van Lier, 2002).

Programas de componentes múltiples

Los programas de prevención que tienen un enfoque escolar integral y se concentran simultáneamente en diferentes niveles, tales como el cambio de la ecología escolar, así como el mejoramiento de las habilidades individuales de los estudiantes y la participación de los padres, son más efectivos que aquellos que solo intervienen sobre un nivel. Los ejemplos de dichos programas de componentes múltiples incluyen el Programa Vinculando los Intereses de Familias y Maestros (LIFT), el cual demuestra una reducción en la agresión estudiantil, especialmente para aquellos que están más en riesgo (Reid y otros, 1999), y el Proyecto de Seattle de Desarrollo Social de componentes múltiples con una secuencia basada en el desarrollo, el cual condujo a un arraigo significativamente más fuerte a la escuela, una mejoría en el rendimiento auto-reportado y una disminución del mal comportamiento en la escuela (e.g. Hawkins, von Cleve & Catalano, 1991).

Enfrentando la desintegración familiar

Adolescentes de padres divorciados presentan mayores niveles de embarazo, se casan más temprano, abandonan la escuela, presentan conducta delictiva, problemas de uso de sustancias y problemas de externalización e internalización; menor rendimiento académico y menor capacidad social; y un mayor riesgo de relaciones infelices, divorcio y mortalidad prematura. La muerte de los padres está relacionada con mayores síntomas de ansiedad y depresión, incluyendo depresión clínica, más problemas escolares y de conducta y menor éxito académico.

Se han utilizado dos formatos para las intervenciones con niños de padres divorciados: los programas enfocados en el niño y los programas enfocados en los padres (refiérase a la revisión realizada por Sandler, Ayers & Dawson-McClure, 2005). Los programas efectivos para estos niños realizados en la escuela (por ej., Grupo de Apoyo a los Niños, Programa de Intervención para Niños de Padres Divorciados) enseñan habilidades cognitivas y de conductas específicas para hacer frente a la situación (por ejemplo, control del enojo, solución de problemas, comunicación) y fomentan la identificación y expresión de las emociones. Además, el formato de grupo proporciona apoyo social y reduce el aislamiento y estigmatización. Los estudios controlados han demostrado que los niños participantes (edades de 8 a 12 años) presentan una menor sintomatología depresiva y problemas de conducta en el seguimiento después de un año (Wolchik y otros, 1993; Wolchik y otros, 2000). Los programas enfocados en los padres y que estaban dirigidos a las habilidades para ser buenos padres y enfrentar exitosamente las emociones, mejoraron la calidad de la relación entre madre e hijo y la disciplina efectiva y redujeron los problemas de internalización y externalización en los niños. Un estudio de seguimiento a los seis años reveló una serie de efectos longitudinales, incluyendo una reducción significativa de los trastornos mentales, como resultado de un programa que abordó tanto a las madres como a los hijos (Wolchik y otros, 2002). En el seguimiento, un 11% de los adolescentes en el grupo experimental tuvo una prevalencia de un año de trastornos mentales

diagnosticados en comparación con un 23.5% en el grupo de control. Además, se encontró una menor cantidad de problemas en aquellos adolescentes que presentaban inicialmente mayores problemas de salud mental.

Aunque muchas intervenciones se han elaborado para abordar las necesidades de los niños que sufren por la muerte de los padres, muy pocos han sido probados en pruebas experimentales bien controladas (Sandler, Ayers & DawsonMcClure, 2005). Un enfoque de grupos múltiples formando grupos simultáneamente para niños, adolescentes y proveedores de cuidado personal que han perdido a los padres, presentan resultados alentadores (Sandler y otros, 2003). Los grupos tuvieron éxito promoviendo los factores que han sido relacionados con mejores resultados en la salud mental de niños que han perdido a los padres, incluyendo relaciones positivas entre padre e hijo, mejor capacidad para afrontar problemas, mejor salud mental de los proveedores de cuidado personal, mayor disciplina y mejor capacidad para compartir los sentimientos. En ambos programas, los que se enfocan en el niño y los que se enfocan en los padres, los efectos fueron mayores en aquellos niños que estaban en mayor riesgo, es decir, aquellos que ya mostraban síntomas al inicio del programa.

Interviniendo en el lugar de trabajo

El trabajo representa dos fuentes principales de factores de estrés que pueden contribuir a una salud mental deficiente: estrés laboral y desempleo. Dichos factores de estrés pueden aumentar la incidencia de la depresión, ansiedad, desgaste, problemas relacionados con el alcohol, enfermedad cardiovascular y conducta suicida.

Estrés laboral

Para reducir el estrés en el trabajo, las intervenciones podrán estar dirigidas a aumentar la capacidad del empleado para hacer frente a situaciones de estrés o a reducir los factores de estrés en el ambiente de trabajo. Hay tres tipos de estrategias que abordan las condiciones laborales: intervenciones de tarea y técnicas (por ejemplo, mejor diseño de la cantidad y tiempo del trabajo, mejoras ergonómicas, reducción del ruido, disminución de la carga de trabajo), mejorando la definición del rol y las relaciones sociales (por ejemplo, comunicación, solución de conflictos) e intervenciones que abordan múltiples cambios dirigidos tanto al trabajo como a los empleados. Independientemente de la existencia de la legislación nacional e internacional existente con respecto al ambiente psicosocial del trabajo que hace énfasis en la evaluación de riesgo y manejo de riesgo, la mayoría de los programas tienen como objetivo reducir la valoración cognitiva de los factores de estrés y sus efectos subsiguientes, en lugar de reducir o eliminar los factores de estrés en sí (refiérase a la revisión realizada por Price & Kompier, 2005).

Los programas enfocados en el manejo del estrés han demostrado ser efectivos para prevenir resultados adversos en la salud mental. Los estudios sugieren que las intervenciones que se concentran en los cambios técnicos y de tareas ofrecen oportunidades prometedoras para el mejoramiento de la salud mental. El Programa de Apoyo a los Proveedores de Cuidado Personal es un ejemplo exitoso de un programa que aumenta efectivamente la capacidad de los grupos de proveedores de cuidado personal a movilizar conductas de equipo de apoyo social y técnicas de resolución de problemas (cuadro 7). Hay evidencia creciente que respalda la noción con respecto a que las intervenciones enfocadas en el trabajo tienen el potencial de beneficiar tanto al empleado como a la compañía. Éste es el caso cuando las intervenciones combinan una exhaustiva evaluación del riesgo de las tareas y del ambiente de trabajo social, la educación en formas de afrontar el estrés y un enfoque detallado para la implementación.

Cuadro 7: El Programa de Apoyo a los Proveedores de Cuidado Personal: Una intervención del estrés laboral dirigida a aumentar los recursos del empleado para hacer frente a situaciones de estrés y fortalecer la salud mental

El Programa de Apoyo a los Proveedores de Cuidado Personal estaba diseñado a aumentar el apoyo social y la participación en la toma de decisiones relacionadas con el trabajo para los equipos de proveedores de cuidado personal y las instalaciones de atención de salud mental. Los programas abarcaban seis sesiones de capacitación de cuatro a cinco horas de duración. Estaban formados por grupos de aproximadamente 10 administradores del hogar y 10 personas del equipo de atención directa de la salud. Se enfocaban en (1) entender y fortalecer las redes de ayuda existentes dentro de las organizaciones, (2) aumentar de la participación del empleado en la toma de decisiones y el uso de la participación en la toma de decisiones (3) enseñar a los supervisores y trabajadores de atención directa de salud a que desarrollen y conduzcan actividades de capacitación en su hogar y (4) técnicas para mantener estas nuevas habilidades a largo plazo. Para garantizar una enseñanza efectiva, se emplearon los principios de aprendizaje social con el fin de producir un fuerte concepto de capacidad de logros y de inocular a los trabajadores contra las adversidades.

El programa fue evaluado mediante una prueba aleatoria a gran escala. Los resultados indicaron que se aumenta la cantidad de retroalimentación de apoyo en el trabajo, se fortalecen las percepciones de los participantes en relación con sus capacidades para manejar desacuerdos y sobrecarga en el trabajo y se mejora el ambiente del equipo de trabajo. El programa también fortaleció la salud mental y la satisfacción laboral de aquellos que asistieron a por lo menos cinco de las seis sesiones de capacitación. El Programa de Apoyo a los Proveedores de Cuidado Personal también tuvo efectos positivos sobre la salud mental de aquellos empleados que estaban en mayor riesgo de dejar sus trabajos. (Heaney, Price & Rafferty, 1995a, 1995b).

Pérdida del trabajo y desempleo

La mayoría de las intervenciones universales más conocidas en respuesta a la pérdida del trabajo y el desempleo, tienden a ser políticas legales que rigen el sistema de seguros de desempleo y la asistencia para el bienestar social o las políticas relacionadas con el mejoramiento de la seguridad laboral. Su disponibilidad varía drásticamente en las diferentes partes del mundo. Están disponibles diferentes pólizas en los lugares de trabajo para reducir el riesgo de la pérdida de trabajo y desempleo, incluyendo trabajo compartido, pólizas de seguridad laboral, reducción en el pago y reducción de horas. No existe evidencia empírica disponible sobre su potencial para proteger la salud mental de los empleados, aunque su capacidad para reducir el estrés relacionado con el desempleo es bastante obvia.

Se han elaborado y probado una serie de programas de intervención para demostrar su efectividad en ayudar a los trabajadores desempleados a regresar al empleo remunerado, tales como el Club de Empleos y el Programa JOBS (refiérase a la revisión realizada por Price & Kompier, 2005). Estos programas de baja complejidad y bajo costo combinan la instrucción básica en las habilidades de búsqueda de empleo con el aumento de la motivación, habilidades para hacer frente a la adversidad y apoyo social a los buscadores de empleo. El programa JOBS ha sido probado y repetido en pruebas aleatorias a gran escala en los EUA (Caplan y otros, 1989; Price, van Ryn & Vinokur, 1992; Vinokur y otros, 2000) y Finlandia (Vuori y otros, 2002). Ha demostrado tener efectos positivos en las tasas de reempleo, la calidad y remuneración de los trabajos obtenidos y aumentos en el dominio y auto eficacia en la búsqueda de trabajo así como una reducción de la depresión y desasosiego. El Programa JOBS también ha sido diseminado exitosamente en Irlanda y la República Popular China.

Apoyando a los refugiados

Hay importante evidencia reciente que apunta hacia los efectos perniciosamente destructivos que el trauma de la guerra tiene sobre la salud mental de los individuos, familias y comunidades afectadas, en muchas regiones del mundo (Musisi, Mollica & Weiss, 2005). Estos efectos pueden extenderse a lo largo de generaciones con impactos negativos significativos en la salud pública y el desarrollo socioeconómico de las sociedades afectadas. Existe un considerable sufrimiento humano y discapacidad física entre los refugiados expatriados, comunidades masivamente traumatizadas cuyos habitantes quedaron rezagados en sus países de guerra, víctimas de la guerra, física o sexualmente torturados y veteranos de guerra. Esto involucra casi siempre trastornos de estrés postraumáticos (PTSD), depresión y ansiedad, que están frecuentemente asociados con trastornos comórbidos tales como abuso de sustancias, cambios de personalidad, disociaciones e incluso descompensación psicótica y conducta suicida. Además, hay amplia evidencia que apunta hacia los efectos transgeneracionales de dichos traumas severos. Las guerras tienen un grave impacto sobre las sociedades post-guerra y sobre su capacidad para hacer frente a las consecuencias sociales, de salud y de salud mental. Las guerras destruyen las infraestructuras de salud, llevan a pérdida de capital social y causan epidemias conduciendo así al grave problema de niños dejados en orfandad. Estas consecuencias post-guerra representan principales factores de riesgo adicionales para la morbilidad psiquiátrica y debilitan los recursos preventivos de un país.

El enfoque preventivo más deseable y efectivo se concentra en los esfuerzos exitosos para prevenir las conductas y eventos que evocan la guerra y el trauma, a través de esfuerzos de pacificación internacional, defensa y cumplimiento de los derechos humanos. Los esfuerzos preventivos para reducir la aparición en las sociedades de los trastornos mentales posteriores al conflicto, se deben enfocar primeramente en las intervenciones tempranas después del trauma, previniendo las consecuencias negativas de la guerra (por ej., epidemias, problemas con la reconciliación familiar), reconstruyendo los servicios de salud física y mental y las infraestructuras sociales del país, educación de salud mental, restaurando los derechos humanos y ofreciendo apoyo emocional, social y económico a los refugiados (Musisi, Mollica & Weiss, 2005). Aparte de las intervenciones para prevenir los PTSD (refiérase a la sección V.3), muy pocas de estas estrategias se han evaluado mediante estudios rigurosos de los resultados. El apoyo de las agencias internacionales es esencial para implementar estas macro-estrategias preventivas y para desarrollar la evidencia necesaria que las haga efectivas y factibles.

Envejeciendo mentalmente saludables

Diferentes tipos de intervenciones universales, selectivas e indicadas han sido exitosas para mejorar la salud mental de las poblaciones de ancianos (Jané-Llopis y otros, 2005). Las intervenciones con ejercicios y el mejorar el apoyo social desarrollando relaciones de amistad, constituyen ejemplos de estrategias universales. Las intervenciones preventivas prometedoras para poblaciones de ancianos selectivas e indicadas incluyen el uso de métodos de educación a pacientes entre los ancianos crónicamente enfermos y sus proveedores de cuidado personal, detección temprana, intervenciones en la atención primaria y programas usando técnicas de revisión de vida. Además, recientes estudios han señalado la importancia de prevenir traumas craneocerebrales, alta presión sistólica y altos niveles de colesterol con el fin de reducir el riesgo de demencia.

Intervenciones con ejercicio

Recientes estudios transversales y pruebas controladas han sugerido que el ejercicio, tal como clases de aeróbicos y t'ai chi, proporcionan beneficios físicos y psicológicos a las poblaciones de ancianos (por ej., Li y otros, 2001). Estos beneficios incluyen mayor satisfacción con la vida, estados de ánimo positivos y bienestar mental, reducción de aflicciones psicológicas y síntomas depresivos, menor presión arterial y menor cantidad de caídas. Taiwán ofrece un ejemplo de una cultura en la cual el ejercicio físico, específicamente el t'ai chi, es ampliamente practicado por los ancianos.

Aumentando el apoyo social

Algunos estudios hacen referencia a los efectos positivos de la amistad sobre el bienestar de las personas ancianas, especialmente las mujeres. El entablar amistades es una estrategia muy utilizada para aumentar el apoyo social y reducir la soledad y la depresión de los ancianos. Hasta el momento, solo hay disponible un estudio cuasi-experimental de resultados que confirma que los programas dirigidos a entablar amistades entre las ancianas puede reducir significativamente la soledad y aumentar las relaciones amistosas (Stevens & van Tilburg, 2000). Es imperativo que se repitan estudios en este sentido.

Detección temprana e intervención en la atención primaria

Existe muy poca evidencia que sugiera que la evaluación geriátrica temprana y el manejo de casos puedan resultar en un conjunto de resultados beneficiosos y rentables, incluyendo beneficios a la salud mental. Por ejemplo, un programa de manejo temprano de casos para ancianos que viven en comunidades en riesgo, el cual incluyó la evaluación geriátrica en el hogar, contactos periódicos y una serie de servicios sociales (por ej., economía doméstica, cuidado personal, sistema de respuesta de alerta a emergencias) condujo a una disminución de la depresión y a un mayor dominio y satisfacción con la vida (Shapiro & Taylor, 2002). Se encontró una disminución significativa de la institucionalización (2.5% versus 16.9%) y muerte (2.5% versus 6.1%) en aquellos que recibieron la intervención durante el período de un año y medio del estudio.

Prevención de la depresión y el suicidio

A pesar de que la depresión es común en los ancianos, casi no existen estudios controlados sobre la prevención de la depresión y el suicidio en este grupo. Hay alguna evidencia disponible que apunta hacia mejores relaciones sociales y menos síntomas depresivos en las personas que participaron en un programa que involucró a viudas apoyando a otras viudas. La evidencia preliminar también sugiere que las reuniones de revisión de vida y la terapia de reminiscencia pudieran reducir el riesgo de depresión en los ancianos, especialmente entre los que residen en casas para la atención de ancianos (por ej., Haight, Michel & Hendrix, 1998). Existen ciertas indicaciones en cuanto a que una línea de ayuda telefónica y un servicio de respuesta a emergencias pudiera causar un descenso significativo de los suicidios (De Leo, Dello Buono & Dwyer, 2002).

Condiciones médicas crónicas

Otro grupo significativo de alto riesgo en las poblaciones de ancianos, especialmente para el desarrollo de la depresión, son los que padecen de condiciones físicas crónicas o estrés crónico, tales como pérdida auditiva, dificultades en la movilidad, artritis u otras enfermedades crónicas. Existen muy pocos ejemplos de evaluaciones sólidas sobre intervenciones efectivas en esta área. Las técnicas de educación a pacientes que enseñan acerca del pronóstico y estrategias de preparación para manejar las condiciones crónicas (por ej., dolor crónico), han mostrado efectos beneficiosos a corto plazo en el estatus psicológico, tales como reducción de los síntomas depresivos (Riemsma y otros, 2002). Existen indicaciones que el proporcionarles prótesis auditivas a los ancianos con pérdida de audición, pudiera llevar a mejorar su desenvolvimiento social, emocional y cognitivo y a reducir la depresión (Mulrow y otros, 1990).

Proveedores de cuidado personal de ancianos crónicamente enfermos e indigentes

Los proveedores de cuidado personal de ancianos crónicamente enfermos e indigentes están en mayor riesgo de padecer altos niveles de estrés e incidencia de depresión. Los resultados a través de una gran cantidad de estudios de intervención controlados sobre intervenciones psicoeducativas para proveedores del cuidado personal que atienden a ancianos adultos de la familia, han mostrado mejoras significativas en la carga, la depresión, el bienestar subjetivo y la satisfacción percibida de estos proveedores de cuidado personal (Sorensen, Pinquart & Duberstein, 2002). Las intervenciones psicoeducativas incluyen el suministro

de información acerca de la enfermedad de la persona que recibe la atención, los recursos y servicios disponibles y la capacitación para responder efectivamente a los problemas específicos de la enfermedad. Dichas intervenciones utilizan charlas, sesiones de grupo y material escrito.

Prevención de la demencia

Se han considerado algunos enfoques para la prevención primaria de la demencia o la dilación de su aparición, tales como reducir la exposición a neurotoxinas ambientales (por ej., el aluminio), reducir el riesgo en grupos vulnerables que muestran signos que anuncian la presencia del proceso de demencia, medidas farmacológicas protectivas (por ej., medicamentos anti-inflamatorios sin esteroides, reemplazo de estrógeno, antioxidantes, vitamina E) y consejería genética (Jané-Llopis y otros, 2005). Todas estas estrategias muestran cierta esperanza, aunque todavía no existe evidencia concluyente que se pueda proponer como medida preventiva. Hay dos estrategias que parecen haber mostrado mayor evidencia de su relación con la prevención o dilación de la aparición de la demencia. La primera es la prevención de los traumas craneocerebrales en las primeras etapas de la vida, a través de límites de velocidad en las autopistas, uso de cascos contra colisión y cinturones de seguridad, y leyes en relación con conducir en estado de embriaguez y otorgamiento de permisos de conducir (Cooper, 2002). En segundo lugar, la enfermedad vascular es un factor de riesgo, basado en evidencia, para el desarrollo de la demencia. Un estudio europeo doble ciego sugiere que las reducciones en la hipertensión sistólica a través de terapia antihipertensiva en los ancianos en riesgo puede reducir en más de 50% la aparición de la demencia (Forette y otros, 1998, 2002). También existen indicaciones de que la reducción del colesterol, por ejemplo, a través de la terapia de statin puede prevenir o dilatar la aparición de la demencia.

Parte IV: Prevención de los trastornos mentales

Esta parte resume el avance logrado durante las últimas décadas en el desarrollo de programas basados en evidencia para reducir el riesgo de los trastornos mentales. Se analizan los programas y políticas efectivas para prevención universal, selectiva e indicada de los trastornos mentales (Eddy, 2005), la depresión (Jané-Llopis, Muñoz & Patel, 2005), los trastornos de ansiedad (Hosman, Dadds & Raphael, 2005), trastornos alimenticios (Hosman, 2005), trastornos relacionados con el uso de sustancias (Anderson, Biglan & Holder, 2005), trastornos psicóticos (Killackey y otros, 2005) y suicidio (Hosman, Wasserman & Bertelotte, 2005).

Trastornos de conducta, agresión y violencia

Los estimados de la prevalencia de trastornos de conducta en jóvenes varían entre 2 y 10%. Dichos trastornos son más comunes en niños que en niñas. Los trastornos de conducta tienden a ocurrir simultáneamente con una serie de otros problemas graves, tales como el fracaso y bajo rendimiento académico, problemas en las relaciones íntimas en la edad adulta y desempeño laboral, uso y abuso de sustancias, trastornos de ansiedad y depresión. Los costos sociales y económicos de los trastornos de conducta y la conducta agresiva y violenta son altos. Estos incluyen costos de tratamiento, justicia y el sistema penal, servicios sociales, fracaso académico y los costos emocionales y económicos para las víctimas y sus familias. Los economistas han estimado que los costos anuales promedio de un niño diagnosticado con trastorno de conducta son de \$25,806 dólares US.

Los factores maleables de riesgo incluyen el tabaquismo de la madre durante el embarazo, conducta impulsiva, ineptitud de los padres en la crianza de los hijos, conducta antisocial de los padres y uso de sustancias, abuso de menores, conducta agresiva temprana y problemas de conducta, uso temprano de sustancias, relaciones disfuncionales con los compañeros, baja popularidad entre los compañeros y vecindarios empobrecidos y socialmente desorganizados con altos niveles de delincuencia.

Las intervenciones preventivas más exitosas para reducir el riesgo de conducta agresiva y trastornos de conducta se enfocan en mejorar la capacidad social y la conducta prosocial de los niños, los padres, compañeros y maestros. Estas intervenciones se desarrollan conjuntamente con un modelo evolutivo de consenso para problemas de conducta que enfatiza la interacción social entre los niños, los proveedores de cuidado personal y los compañeros. Los nuevos intentos de intervención documentan el modelo y los hallazgos de nuevas investigaciones transversales y longitudinales documentan los nuevos intentos de intervención.

Intervenciones universales

Todas las intervenciones universales que han demostrado tener un impacto positivo en los problemas de conducta son las que se realizan en la escuela e incluyen el manejo de la conducta en el salón de clases, reforzando las habilidades sociales del niño y estrategias multimodales, incluyendo la participación de los padres. El cuadro 8 ofrece algunos ejemplos de dichos programas basados en evidencia.

Los programas de manejo de conducta en el salón de clases intentan ayudar a los niños a cumplir mejor las exigencias sociales del salón de clases, alentando abiertamente las conductas deseadas y desalentando las conductas no deseadas. Los programas efectivos han dado como resultado una disminución de los problemas de conducta en los estudiantes (por ej., disminución de la conducta impulsiva, disminución de la agresión) y mejores relaciones entre los estudiantes y entre estudiantes y maestros.

Los programas para desarrollar las destrezas sociales del niño intentan proporcionarle habilidades cognitivas que podrán ayudarlo a enfrentar mejor las situaciones sociales difíciles. Generalmente, las habilidades relacionadas con escuchar atentamente, empatía, solución de problemas interpersonales y manejo de conflicto y enojo se enseñan dentro del contexto del salón de clases. Estos programas han

demostrado tener un impacto positivo sobre las habilidades cognitivas relacionadas con la solución de problemas y reducción de las conductas impulsivas, por lo menos hasta la intervención de seguimiento después de un año. Los niños y maestros reportan disminución de los problemas de conducta.

Las intervenciones multimodales tienden a incluir intervenciones múltiples dentro del entorno escolar o intervenciones múltiples en distintos entornos, tales como una combinación de una intervención realizada en la escuela, para mejorar las destrezas sociales del niño mediante la capacitación de los padres en la crianza de los hijos. Los programas multimodales tienen el propósito de proporcionar simultáneamente a los niños y a sus proveedores de cuidado personal las habilidades necesarias para alentar efectivamente el desarrollo de patrones de conducta prosocial. Estas intervenciones han demostrado bajos índices de agresión en el patio de juego y una disminución en diferentes problemas de conducta, incluyendo la intimidación de compañeros, robo, vandalismo, problemas de conducta auto-reportados y primeros arrestos.

Cuadro 8: Ejemplos de programas basados en evidencia que reducen los problemas de conducta y la conducta agresiva		
	Estrategia	Ejemplos de intervenciones efectivas
Universal	Manejo de conducta	<i>Juego de Buena Conducta (GBG)</i> (Kellam y otros, 1994)
	Intervenciones de habilidades sociales del niño	<i>Solución de Problemas Yo Puedo</i> (Shure, 1997; Shure & Spivack, 1988) <i>Promoviendo Estrategias Alternas de Razonamiento (PATHS)</i> (Greenberg y otros, 1995)
	Programas escolares multimodales	<i>Programa Prevención de la Conducta de Intimidación de Compañeros</i> (Olweus, 1989) <i>Proyecto de Desarrollo Infantil (CDP)</i> (Battistich y otros, 1996) <i>Proyecto Seattle de Desarrollo Social (SDP)</i> (Hawkins, von Cleve & Catalano, 1991; Hawkins y otros, 1999) <i>Programa Vinculando los intereses de Familias y Maestros (LIFT)</i> (Reid y otros, 1999)
Selectiva	Programas prenatales/infancia temprana	<i>Asociación de Familias de Enfermería</i> (Olds y otros, 1998; Olds, 1997) <i>Programa Los Años Increíbles</i> (Webster-Stratton, 1990; Webster-Stratton & Reid, 2003)
	Programas realizados en la escuela o la comunidad	<i>Programa Transiciones de Adolescentes</i> (Dishion & Andrews, 1995)
Indicada	Programas escolares multimodales para niños en riesgo	<i>Primer Paso</i> (Walker y otros, 1998) <i>Proyecto Montreal de Prevención</i> (Tremblay y otros, 1995) <i>Fast Track</i> (Grupo de Investigación de Problemas de Conducta, 2002)

Intervenciones selectivas

Las intervenciones selectivas diseñadas para diferentes entornos han demostrado ser efectivas en la prevención de problemas de conducta, incluyendo programas prenatales y/o infancia temprana y programas realizados en el hogar o la comunidad. Los programas de la infancia temprana generalmente intentan mejorar las habilidades de los padres para proteger, apoyar y enseñar patrones de conducta prosocial a los hijos y/o desarrollar las destrezas sociales de los hijos (por ej., Olds y otros, 1997; refiérase también a las secciones IV.1 y IV.2). Estos programas han demostrado una disminución de los factores de riesgo para trastornos de conducta, tales como el uso del tabaco durante el embarazo y el abuso y abandono de menores, y la disminución de los problemas de conducta durante la adolescencia, incluyendo reducción de la violencia y arrestos policivos. Los programas realizados en el hogar o la comunidad para poblaciones infantiles selectivas en riesgo, han desarrollado positivamente las destrezas sociales de los niños, sus habilidades de resolución de problemas y/o habilidades para preparar a los padres en la crianza de los hijos, dando como resultado una disminución de las interacciones negativas entre padres e hijos y calificaciones pertinentes a problemas de conducta evaluados por el maestro.

Intervenciones Indicadas

Las intervenciones indicadas para prevenir trastornos de conducta están dirigidas a los niños cuyos maestros y/o padres han observado que muestran claramente problemas significativos de conducta. Dichos programas han demostrado una disminución en los problemas de conducta a través de varios años de la escuela media, según información de los maestros y los mismos niños. Un ejemplo efectivo que incluye componentes universales, selectivos e indicados es Fast Track (Grupo de Investigación para la Prevención de los Problemas de Conducta, 2002). En este programa los niños se identifican en kindergarten. Durante todos sus años escolares, los niños participan en una gran variedad de intervenciones, incluyendo la capacitación en destrezas sociales y habilidades para solución de problemas (por ej., PATHS), sesiones de juego con compañeros prosociales y tutoría académica. Los padres participan en grupos de capacitación que los preparan para la crianza de los hijos, y padres e hijos participan en actividades planificadas de capacitación en dichas destrezas. Las familias también reciben visitas periódicas al hogar y asistencia para el manejo de casos. Los resultados de una prueba aleatoria después de los primeros tres años de intervención han indicado que los niños en el programa Fast Track mostraron menor grado de problemas de conducta de acuerdo con clasificaciones tanto de maestros como de los padres.

Depresión y sintomatología depresiva

La depresión representa uno de los trastornos psiquiátricos de mayor prevalencia, afectando a alrededor de 340 millones de personas en todo el mundo. En el 2002 el 4.5% de todos los DALYs fueron atribuidos a la depresión unipolar (OMS, 2004d). Es la causa principal de discapacidad en la región europea. Se espera que la depresión unipolar se convierta en la segunda causa en orden de importancia de carga de enfermedad en el 2020, atribuyéndose el 5.7% de los DALYs, inmediatamente después de la enfermedad coronaria isquémica. Esto significa que la depresión unipolar por sí sola es responsable de la tercera parte de toda la discapacidad a nivel mundial causada por condiciones neuropsiquiátricas, y por tanto, se convierte en el trastorno mental más importante que afrontar. Una amplia variedad de factores maleables de riesgo y protección influyen en la aparición de la depresión y su recurrencia en diferentes etapas de la vida que puede remontarse incluso a la infancia temprana. Estos incluyen factores biológicos, psicológicos, familiares, sociales y de la sociedad que están distribuidos en forma desigual en la población y se concentran en un amplio rango de poblaciones en riesgo. Se han identificado tanto los factores de riesgo específicos de la depresión (por ej., depresión de los padres, condiciones depresogénicas) como los factores genéricos de riesgo (por ej., crianza inadecuada, abuso y abandono de menores, eventos traumáticos, intimidación de compañeros) y los factores de protección (por ej., sentimiento de dominio, autoestima, autoeficacia, resistencia al estrés, apoyo social). Como consecuencia, los enfoques comunitarios efectivos para prevenir la

depresión en la población deben abarcar acciones múltiples incluyendo intervenciones universales, selectivas e indicadas. En promedio, los estudios controlados muestran un efecto significativo pero pequeño de una reducción del 11% en la sintomatología depresiva después de la intervención, con una gran variación en el grado del efecto entre un programa y otro (Jané-Llopis y otros, 2003). Pocos estudios han encontrado una reducción significativa en la aparición de los trastornos depresivos.

Intervenciones universales

Se ha observado que el fortalecimiento de los factores de protección en las poblaciones reduce la sintomatología depresiva. Algunos ejemplos incluyen los programas realizados en el hogar que se enfocan en el desarrollo de las habilidades cognitivas, solución de problemas y destrezas sociales de niños y adolescentes (refiérase a IV.4) y los programas de ejercicios para ancianos (refiérase a IV.8). Algunos de estos programas escolares (por ej., el Programa *The Resourceful Adolescent*) demostraron una reducción de 50% o más en los niveles de los síntomas depresivos un año después de la intervención (Shochet y otros, 2001). Un estudio controlado llevado a cabo en Finlandia sobre los resultados de un programa universal de consejería familiar temprana realizado en el hogar, demostró una reducción de los problemas de internalización durante la adolescencia y etapa adulta temprana 10 a 15 años después (Aronen & Kurkela, 1996).

Algunas intervenciones basadas en evidencia abordan factores comprobados de riesgo y de protección para el inicio de la depresión. Estos incluyen intervenciones exitosas para reducir el abuso y abandono de menores (refiérase a IV.2) y la intimidación de compañeros (refiérase V.1).

Intervenciones selectivas

Las intervenciones que preparan a los padres en la crianza de los hijos, dirigidas a aquellos padres de niños con problemas de conducta y que se enfocan en mejorar el bienestar psicosocial de los padres, a través de suministro de información y capacitación en estrategias conductuales de crianza, han mostrado repetidamente, aunque no en forma consistente, una reducción de aproximadamente 30% de los síntomas depresivos de los padres, junto con mejores resultados en los hijos. Además, varias intervenciones selectivas dirigidas a afrontar eventos importantes de la vida han demostrado una reducción significativa y a largo plazo de altos niveles de síntomas depresivos, tales como los programas para niños que sufren la muerte de uno o ambos padres o el divorcio de los padres (refiérase a IV.6), para aquellos expuestos al desempleo (refiérase a IV.6) y para ancianos con enfermedades crónicas (refiérase a IV.8). Más aún, una estrategia prometedora parece ser bloquear la transferencia transgeneracional de la depresión y los problemas relacionados a través de intervenciones para niños, adolescentes y familias de padres deprimidos (refiérase a IV.3).

Cuando se brinda apoyo social y económico adecuado, se podrá esperar una reducción significativa en la incidencia de la depresión entre refugiados y aquellas personas expuestas a traumas de guerra o que viven en comunidades posteriores al conflicto. Incluso se pudiera esperar una reducción mayor si se pudieran prevenir dichos conflictos y traumas y si se respetaran los derechos humanos (refiérase a IV.7). La misma situación aplicaría a la población en general, si se aplicaran medidas para reducir la inestabilidad económica y la pobreza en todos los países y regiones. Aún no hay evidencia científica disponible sobre los beneficios de dichas acciones para reducir específicamente la depresión.

Intervenciones indicadas

Los programas para aquellas personas que presentan elevados niveles de síntomas depresivos, pero que no presentan un trastorno depresivo, han demostrado efectos significativos en la reducción de los niveles de síntomas depresivos y en la prevención de los episodios depresivos. Dichos programas utilizan principalmente un formato de grupo para educar a las personas en riesgo en cuanto a pensamiento positivo, vencer estilos de pensamiento negativo y mejorar las habilidades de solución de problemas. Estos programas se han ofrecido a grupos indicados de pacientes de atención primaria, adolescentes y algunos otros grupos indicados. Solo en el caso de los adolescentes, los estudios aleatorios han señalado evidencia de reducción en los episodios depresivos, con descensos de 40 a 70% en la aparición y recurrencia un año después de la intervención.

(Clarke y otros, 1995, 2001).

Los nuevos proyectos están actualmente investigando la posibilidad de abarcar poblaciones más grandes en riesgo mediante el uso de materiales escritos de auto ayuda, medios de comunicación masiva y la Internet. Además, algunos estudios señalan el potencial de exposición adicional a terapias de luz como una estrategia preventiva para la depresión invernal en personas con síntomas depresivos subsindromales (por ej., Avery y otros, 2001). El hallazgo de que los trastornos de ansiedad frecuentemente preceden a la aparición de la depresión apunta al potencial de los programas basados en evidencia para la prevención de la ansiedad, especialmente para niños y adolescentes indicados, como una estrategia indirecta para reducir el riesgo de depresión (refiérase a V.3). Por lo menos uno de los estudios controlados confirmó que dichos programas contra la ansiedad, orientados hacia los niños, resultaron en una reducción significativa de los síntomas depresivos, únicamente en aquellos niños que presentaban un alto nivel de ansiedad antes del inicio de la intervención (Lowry-Webster, Barrett & Dadds, 2001). El cuadro 9 presenta ejemplos de otras prevenciones indicadas efectivas para episodios depresivos.

En resumen, muchos programas de prevención implementados durante el transcurso de la vida han suministrado evidencia sobre la reducción de altos niveles de síntomas depresivos. Los pocos programas que han sido evaluados para conocer su impacto sobre la prevención de la aparición de episodios clínicos depresivos, han comprobado ser efectivos. Es importante hacer énfasis en la reducción o prevención de los síntomas depresivos, debido a que se ha demostrado que los altos niveles de síntomas depresivos aumentan el riesgo de episodios depresivos mayores. Además, los síntomas están relacionados con una menor productividad, menor capacidad para cuidar de la familia, menores niveles de energía, menor capacidad para sentir placer y satisfacción y menor bienestar mental.

Cuadro 9: Prevención de la depresión en niños y adolescentes en riesgo

Curso Enfrentando el Estrés (Clarke y otros, 2001) Dirigido a los niños de padres, pacientes de psiquiatría, que tienen síntomas depresivos subclínicos o han presentado un episodio anterior de depresión mayor. Durante 15 sesiones de grupo se utilizaron métodos de terapia cognitiva para identificar y vencer patrones de pensamiento negativo y para generar pensamientos contrarios más realistas y positivos. Un estudio de control aleatorio mostró una menor incidencia de depresión en el grupo experimental (9.3%) en comparación con el grupo de control (28.8%) en el seguimiento a los 14 meses.	Curso Enfrentando el Estrés (Clarke y otros., 1995) Dirigido a estudiantes adolescentes de escuela secundaria con síntomas depresivos. Durante 15 sesiones de grupo se utilizaron métodos de terapia cognitiva para identificar y vencer patrones de pensamiento negativo y para generar pensamientos contrarios más realistas y positivos. Un estudio de control aleatorio mostró una menor incidencia de los primeros episodios depresivos después de un año en el grupo experimental (14.5%) en comparación con el grupo de control (25.7%).
--	---

Trastornos de ansiedad

Los trastornos de ansiedad, tales como la depresión, se encuentran entre los trastornos psiquiátricos de mayor prevalencia a pesar de variaciones culturales en su ocurrencia. Los mismos comprenden un amplio rango de diferentes trastornos de los cuales los de ansiedad generalizada, fobia social y trastornos de estrés postraumático (PTSD) constituyen, hasta el momento, una de las áreas de prevención primaria. Se calculó que para 1990, el costo anual de los trastornos de ansiedad en los Estados Unidos era de aproximadamente 64 billones de dólares US (en dólares en 1998). La mayoría de los trastornos de ansiedad aparecen por primera vez durante la infancia y la adolescencia, lo que hace que estos grupos de edad sean un objetivo importante para la prevención primaria. Entre los niños, los trastornos de ansiedad representan la forma más común de psicopatología con tasas de prevalencia anual que van de 5.7 a 17.7%, la mayoría por arriba de 10% (Costello & Angold, 1995). La evidencia indica que una alta proporción de niños no superan sus

trastornos de ansiedad durante la adolescencia y adultez (Majcher & Pollack, 1996).

Algunos ejemplos de poblaciones en riesgo incluyen a niños de padres ansiosos; víctimas de abuso de menores, accidentes, violencia, guerra, desastres naturales u otros traumas; refugiados; y profesionales en riesgo de ser víctimas de robo o tratados por trauma. Los factores maleables específicos de la ansiedad o factores genéricos de riesgo y protección para los trastornos de ansiedad incluyen eventos traumáticos, procesos de aprendizaje durante la infancia (por ej., ejemplificación y sobre control por parte de padres excesivamente ansiosos), sentimientos de falta de control y baja auto eficacia, falta de estrategias para afrontar el estrés y falta de apoyo social. Los eventos adversos que ocurren durante las primeras etapas de la vida crean una vulnerabilidad neurobiológica que predispone a los trastornos afectivos y de ansiedad en la edad adulta a través de alteraciones que por tiempo prolongado sufren los sistemas neurológicos de respuesta al estrés.

Las medidas preventivas basadas en evidencia varían de acuerdo al tipo de población a quien van dirigidas, el tipo de trastorno de ansiedad, el tipo de factores de riesgo o de protección abordados, el momento oportuno en que se aplican (por ej., antes de un evento traumático o como respuesta al mismo) y el método de intervención utilizado.

Reduciendo los eventos traumáticos o exposición a dichos eventos

Millones de personas en el mundo están expuestas a eventos traumáticos que se pueden prevenir, tales como el abuso sexual, la violencia, agresión sexual, guerra y tortura. La reducción de los eventos traumáticos puede ser el resultado de medidas de seguridad efectivas en el tránsito, los sitios de trabajo y vecindarios, legislación sobre seguridad y control de armas de fuego. Los programas efectivos realizados en la escuela que reducen la conducta agresiva y delictiva y la conducta de intimidación de compañeros pueden contribuir a dicha reducción (refiérase a IV.5 y V.1). Lo mismo aplica a los programas efectivos para reducir el abuso de menores (refiérase a IV.2). Como se analizó en la sección IV.7, se puede esperar que cuando se implementen exitosamente las acciones preventivas a nivel nacional e internacional para prevenir la guerra, los traumas por la guerra y las violaciones a los derechos humanos, contribuirán significativamente a la reducción de los trastornos de ansiedad inducidos por trauma. La duración de la exposición a los eventos traumáticos es un determinante, basado en evidencia, del riesgo de reacciones psiquiátricas en respuesta a tales eventos. Tanto la prevención de la exposición como la reducción de su duración se puede materializar a través de medidas públicas, tales como la prevención de la exposición a sitios de traumas durante desastres naturales y el mejoramiento de la detección e intervención tempranas en los casos de violencia o abuso. Aún no existe evidencia disponible sobre el verdadero impacto preventivo de dichas medidas.

Aumentando la fortaleza emocional y educación anticipativa

Otra estrategia importante que ha demostrado ser efectiva, se concentra en robustecer la fortaleza emocional y las habilidades cognitivas necesarias para evitar el desarrollo de los trastornos de ansiedad. Una prevención prometedora del programa de ansiedad para niños de 7 a 16 años de edad es el programa Australiano FRIENDS, utilizado ampliamente en escuelas, centros de salud y hospitales. Basado en un programa de tratamiento efectivo, este programa se ha adaptado a un formato de prevención y está disponible en versiones de prevención universal, selectiva e indicada. FRIENDS es un programa cognitivo-conductual de 10 sesiones que le enseña a los niños las habilidades para hacer frente a la ansiedad de forma más efectiva y a construir la fortaleza emocional, habilidades para solución de problemas y confianza en sí mismos. Una prueba controlada mostró que el programa ofrecido a los niños que presentaban niveles elevados de síntomas de ansiedad antes de la prevención, redujo la primera aparición de un trastorno de ansiedad diagnosticable de un 54% en el grupo de control a 16% en la condición de prevención a los seis meses después de la intervención (Dadds y otros, 1997). Los estudios controlados también han demostrado que cuando el programa se ofreció a poblaciones de escuelas universales y se seleccionaron grupos de niños y adolescentes en riesgo dio como resultado un descenso significativo de los síntomas de ansiedad (por ej., Lowry-Webster, Barrett & Dadds, 2001). FRIENDS también ha sido implementado en Suecia, Holanda y los EUA.

Prácticamente no hay evidencia disponible sobre la efectividad de la educación anticipativa en la prevención de los trastornos de ansiedad en aquellas personas que estarán expuestas a eventos potencialmente traumáticos, tales como los bomberos, equipos de rescate, oficiales de policía y personal bancario.

Intervenciones posteriores al trauma

El Interrogatorio sobre estrés de incidentes críticos (CISD) se ha convertido en una intervención ampliamente utilizada después de un evento traumático, tal como un incidente con disparos de armas de fuego o un desastre natural. En general, el interrogatorio cubre alguna forma de procesamiento y ventilación emocional que estimula la recopilación y revisión del trauma dentro de las 24 a 72 horas después del evento. La conclusión común de diferentes estudios controlados es que el CISD no evita la aparición del trastorno de estrés post traumático (PTSD) u otros trastornos psiquiátricos, aunque las víctimas generalmente encuentran que la intervención es beneficiosa para su proceso de recuperación (Litz y otros, 2002; Arendt & Elklit, 2001). En efecto, el interrogatorio psicológico puede acentuar el trauma de las víctimas y puede aumentar el riesgo de PTSD. Se han encontrado resultados más halagadores con el uso de la terapia cognitiva-conductual como un método de intervención temprana para prevenir PTSD. Este método abarca la educación acerca de reacciones al trauma, capacitación de relajamiento, exposición mediante imágenes a memorias traumáticas, reestructuración cognitiva de las creencias relacionadas con el miedo y exposición en vivo a situaciones evitadas. Varios estudios controlados han demostrado que cinco sesiones semanales de una hora y media cada una pueden disminuir la incidencia de seis meses de PTSD de 67% hasta aproximadamente 15% (Bryant y otros, 1998; Bryant y otros, 1999).

Intervenciones indicadas

Además del programa FRIENDS que ha sido aplicado exitosamente en niños con niveles elevados de síntomas de ansiedad, cierta evidencia preliminar de un estudio controlado sugiere que la aparición de los trastornos de pánico se puede reducir a través de un taller cognitivo a corto plazo para aquellos que han experimentado un primer ataque de pánico. Durante el período de seguimiento de 6 meses, 2% de los que participaron en el taller desarrollaron un trastorno de pánico en comparación con el 14% en el grupo de control (Gardenswartz & Craske, 2001).

Trastornos alimenticios

La anorexia nerviosa ocurre en 0.5 a 1% y la bulimia nerviosa en 0.9 a 4.1% de la población de mujeres adolescentes y adultos jóvenes, mientras que un 5 a 13% adicional sufren de síndromes parciales de trastornos alimenticios (Asociación Americana de Psiquiatría, 2000; Kurthy otros, 1995; Shisslak, Crago & Estes, 1995; Keel, Leon & Fulkerson, 2001). Ha habido un aumento aparente en los trastornos alimenticios durante los últimos 50 años (por ej., Lucas y otros, 1991). Estas cifras están basadas principalmente en estudios realizados en países desarrollados y podrían no aplicar a países de bajos ingresos, especialmente cuando sufren de escasez de alimentos o hambruna. La anorexia nerviosa es la tercera condición crónica más común entre niñas adolescentes en los Estados Unidos, después de la obesidad y el asma. De 5 a 15% de las niñas adolescentes están utilizando métodos no saludables para el control dietético tales como vómito auto inducido, laxantes y diuréticos (Phelps & Wilczenski, 1993). La aparición de la anorexia nerviosa comienza casi siempre entre los 14 y 18 años de edad, en tanto que la aparición de la bulimia es alrededor del período de transición de la adolescencia a la adultez temprana. Aunque la incidencia y prevalencia de los trastornos alimenticios es baja, las consecuencias de los trastornos alimenticios son graves. Aproximadamente de 25 a 33% de los pacientes con anorexia o bulimia nerviosa desarrollan un trastorno crónico. Los trastornos alimenticios muestran altos niveles de comorbilidad con los trastornos por abuso de sustancias, la depresión y los trastornos de ansiedad.

Los trastornos alimenticios ocurren principalmente en las adolescentes y mujeres jóvenes, especialmente en las atletas, estudiantes de ballet, estudiantes de modelaje y culinaria. Aunque hay gran cantidad de estudios sobre la etiología de los trastornos alimenticios, muchos estudios muestran limitaciones metodológicas

considerables, tales como la falta de diseño prospectivo y grupos de control. Tomando en cuenta estas limitaciones, está emergiendo un panorama probable de factores de riesgo y de protección en el desarrollo de los trastornos alimenticios. La dieta no saludable, las preocupaciones excesivas por el peso/forma corporal y la insatisfacción con el propio cuerpo han sido identificados como importantes factores de actitud y conducta específicos del trastorno, así como las influencias familiares y sociales, tales como copiar la conducta de amigos y el alarde de la sociedad de recalcar las figuras delgadas a través de los medios de comunicación masiva y el bajo nivel cultural. También se han identificado factores genéricos de riesgo tales como la falta de afecto, el abuso físico y sexual, la intimidación, baja autoestima y dificultades para enfrentar el estrés y conflictos afectivos.

Intervenciones universales, selectivas e indicadas

Con el fin de reducir los malos hábitos alimenticios y los trastornos alimenticios, las intervenciones preventivas se enfocan en estudiantes de escuela primaria, media y secundaria (prevención universal), en las escuelas profesionales con poblaciones específicas en riesgo, tales como bailarinas de ballet, atletas, estudiantes de modelaje y culinaria (prevención selectiva) o en niñas adolescentes y mujeres jóvenes que están mostrando malos hábitos alimenticios a niveles subclínicos (prevención indicada) (Pratt & Woolfenden, 2003).

La primera generación de los programas educativos tradicionales, publicados antes de 1995, se concentraba en mejorar el conocimiento sobre los problemas alimenticios y hábitos alimenticios y en cambiar las actitudes relacionadas a ello. En general, mostraron un aumento en el conocimiento pero no resultaron exitosos ya que no lograron cambiar las actitudes y conductas alimenticias inapropiadas en las poblaciones universales de adolescentes femeninas. Recientemente, varios estudios controlados han evaluado los resultados de una nueva generación de programas multidimensionales que integran la educación tradicional de la salud en una estrategia más amplia de promoción de la salud mental y se han observado mejores resultados. Algunos estudios han mostrado efectos preventivos para actitudes relacionadas con la alimentación, internalización o aceptación de ideales sociales de apariencia, sentimientos de ineffectividad, insatisfacción con el propio cuerpo y regímenes dietéticos. Por ejemplo, un estudio australiano sobre un programa interactivo dirigido a la autoestima y a las actitudes y conductas alimenticias en adolescentes jóvenes, mostró que aún 12 meses después del programa, los participantes mejoraron el grado de satisfacción con su apariencia corporal, tuvieron una mayor autoestima positiva y aceptación social y menor obsesión por estar delgadas (O'Dea & Abraham, 2000). Las adolescentes en alto riesgo mostraron un aumento en el peso corporal en tanto que las estudiantes en riesgo en el grupo de control mostraron una disminución del mismo.

Algunos hallazgos preliminares de dos RCTs sugieren que una intervención interactiva basada en Internet logró llegar a mujeres jóvenes en riesgo y fue efectiva al lograr cambiar los factores de riesgo personal para los trastornos alimenticios, tales como preocupaciones sobre la figura corporal y las dietas, el deseo obsesivo por ser delgadas y la alimentación desordenada (Winzelberg y otros, 2000; Zabinski y otros, 2001).

Una reciente Revisión Cochrane reveló apoyo empírico para la eficacia de intervenciones que involucran información por parte de los medios de comunicación y la abogacía, dando como resultado una menor internalización o aceptación de los ideales de la sociedad sobre la apariencia femenina, pero no para intervenciones que abordan directamente actitudes y conductas alimenticias anormales (Pratt & Woolfenden, 2003).

En general, estos estudios muestran resultados confusos y aún no ofrecen conclusiones sólidas sobre la efectividad de los programas de prevención de los trastornos alimenticios. Más aún, ningún estudio ha encontrado evidencia alguna sobre la disminución de la aparición de los trastornos alimenticios como resultado de dichas intervenciones. Se necesita mayor investigación de los factores de riesgo y de los factores que pueden diferenciar entre programas exitosos y no exitosos y predecir quiénes se beneficiarían de cuál o tal programa.

Trastornos relacionados con sustancias

La prevención de los trastornos mentales y de conducta, debido a el uso de sustancias psicoactivas, incluye la prevención de la intoxicación aguda, uso perjudicial y dependencia. El término “sustancias psicoactivas” abarca tabaco, alcohol y drogas ilícitas (por ej., opio, marihuana y cocaína), así como solventes y drogas psicoactivas de prescripción. Globalmente, el tabaco como un factor de riesgo, causa el 4.1% de la carga total de discapacidad (OMS, 2002c). Se estima que en el siglo XXI el tabaco será la causa de un billón de muertes a nivel mundial, y tres cuartas partes de estas muertes ocurrirán en países de bajo ingreso. En todo el mundo, cerca de dos billones de personas consumen bebidas alcohólicas y más de 75 millones son diagnosticadas con trastornos por el consumo de alcohol (OMS, 2004a). El alcohol como un factor de riesgo, causa el 4.0% de la carga total de discapacidad (OMS, 2002c). El consumo de alcohol es el principal factor de riesgo para carga de enfermedad en países de bajo ingreso de baja mortalidad (OMS, 2002c). En países de alto ingreso, de 10% a 30% de las ocasiones en que se ingieren bebidas alcohólicas, incluyen el consumo de por lo menos 60 g de alcohol (seis bebidas), una medida de intoxicación; 25% de los hombres y 10% de las mujeres consumen alcohol a niveles peligrosos y dañinos a su salud; y la prevalencia de la dependencia del alcohol varía de 3% a 5%. Aparte de los efectos directos de intoxicación y dependencia que causan trastornos por el uso de alcohol, se estima que el alcohol es responsable de 20% a 30% de cada una de las siguientes condiciones a nivel mundial: cáncer esofágico, cáncer hepático, cirrosis hepática, homicidio, epilepsia y accidentes automovilísticos. A fines de los años 90 se estimó que el 4.2% de la población global de 15 años o más usaron drogas ilícitas, causando el 0.8% de la carga total de discapacidad (OMS, 2002c).

Intervenciones universales

Las intervenciones de regulaciones efectivas para sustancias adictivas que se puedan implementar a niveles de jurisdicción internacional, nacional, regional y local, incluyen tributación, restricciones en la disponibilidad y prohibiciones totales de todas las formas de publicidad directa e indirecta. Estas intervenciones de políticas han llevado a la prevención de los trastornos por el uso de sustancias reduciendo el peligro que representan las sustancias adictivas (refiérase a III.6). Otras medidas efectivas de políticas preventivas han incluido intervenciones de los medios de comunicación, intervenciones comunitarias integrales y, a un menor grado, intervenciones en las escuelas.

Intervenciones de los medios de comunicación

Existe continua acumulación de evidencia sobre las consecuencias del tabaco sobre la salud y la lentitud con que los usuarios responden a esta información. Se ha estimado que cada 10% de aumento en los gastos de las campañas publicitarias ha reducido en 0.5% las ventas de cigarrillo (Kenkel & Chen, 2000). Esto indica la necesidad de diseminar la información en los países de alto, mediano y bajo ingreso.

Cuando las estrategias de educación y persuasión se aplican al alcohol generalmente están relacionadas con un menor consumo de alcohol, los peligros de conducir bajo los efectos del alcohol y temas relacionados. A pesar de sus buenas intenciones, los anuncios de los servicios públicos se consideran un antídoto inefectivo para los mensajes de alta calidad que favorecen la ingestión de alcohol y que aparecen con mucha mayor frecuencia en anuncios pagados en los diferentes medios. Las intervenciones de los medios de comunicación masiva que utilizan una estrategia universal han tenido un impacto limitado en el uso del alcohol y problemas relacionados con el alcohol (Babor y otros, 2003).

Intervenciones comunitarias integrales

Las intervenciones comunitarias se han utilizado ampliamente para alentar a las personas a dejar de fumar. Aunque algunos programas que abarcan toda la comunidad han mostrado éxito, en su mayoría los efectos han sido pequeños y definitivamente menores que lo esperado, considerando el esfuerzo y los costos incurridos (Cummings, 2000). Sin embargo, aún un efecto modesto en el hábito de fumar puede traducirse en un gran impacto sobre la salud pública, si se implementa en todo el país.

La movilización comunitaria se ha utilizado para crear conciencia acerca de los problemas relacionados con la

ingestión de bebidas alcohólicas en los establecimientos de consumo, desarrollar soluciones específicas a los problemas y presionar a los propietarios de los bares a reconocer que ellos tienen una responsabilidad con la comunidad en términos de los problemas relacionados con el bar, tales como el nivel de ruido y conductas repetitivas. La evaluación sugiere que la movilización comunitaria puede ser exitosa al reducir la agresión y otros problemas relacionados con el alcohol en establecimientos autorizados. Por ejemplo, una intervención integral localmente diseñada bajo el Proyecto “Salvando Vidas” que incluía campañas publicitarias, programas de información comercial, días de concientización sobre conducir a velocidad y bajo los efectos del alcohol, líneas calientes de vigilancia de la velocidad, capacitación policial, educación dirigida a compañeros de escuela secundaria, programas de prevención en las universidades y otras actividades, llevó a un descenso de 25% en colisiones fatales, una reducción de 47% en la cantidad de conductores con lesiones fatales que mostraron resultados positivos para el alcohol, un descenso de 5% en lesiones visibles por colisión y un descenso de 8% en lesiones por colisión que afectaban a personas en edades entre 16 y 25 años (Hingson y otros, 1996).

Programas de prevención realizados en las escuelas

La meta de la mayoría de los programas de educación realizados en las escuelas es la de cambiar las creencias, actitudes y conductas del adolescente en relación con el hábito de fumar, consumo de bebidas alcohólicas y consumo de drogas, o modificar los factores tales como las destrezas sociales generales y la autoestima que se presume son la base de los hábitos de fumar, consumo de bebidas alcohólicas y consumo de drogas entre los adolescentes.

Se ha observado que los programas escolares anteriores que estaban basados en enfoques de información y en enseñar a los estudiantes acerca de los efectos y peligros del uso de drogas, aumentaban el conocimiento y los cambios de actitud hacia el alcohol, el tabaco y el uso de drogas, pero el uso real de las sustancias ha permanecido sin ser mayormente afectado (Kenkel & Chen, 2000; Babor y otros, 2003). Cuando las intervenciones en las escuelas han utilizado la educación normativa más reciente e innovaciones en la capacitación de habilidades de resistencia, generalmente han generado efectos preventivos pero éstos parecen ser de poca duración, a no ser que se hagan acompañar de sesiones de refuerzo continuo.

Algunos programas, tales como el Proyecto de Prevención “Midwestern”, han incluido intervenciones de educación a nivel individual y a nivel familiar o comunitario, llevando a un mayor éxito. Por ejemplo, el Proyecto de Prevención “Midwestern”, fue implementado en 50 escuelas públicas en 15 comunidades de Kansas (EUA) y se repitió en 57 escuelas y 11 comunidades en otro estado. La intervención consistía en cinco componentes: un programa de 10 a 13 sesiones en las escuelas con cinco sesiones de refuerzo, un programa de los medios de comunicación, un programa de educación y organización a los padres, capacitación de líderes comunitarios y cambios en las políticas locales, iniciados por la organización comunitaria. Las diferencias en la prevalencia auto reportada del consumo mensual de alcohol entre las escuelas que participaron del programa y las escuelas de comparación fueron significativas un año después, aunque no diferían después de tres años. Los efectos sobre la intoxicación mensual fueron significativos hasta el final de la escuela secundaria (Johnson y otros, 1990).

A pesar de que las intervenciones realizadas en las escuelas han demostrado ser efectivas para mejorar el conocimiento y las actitudes hacia las sustancias adictivas, aún hay muy poca evidencia disponible en relación con la prevención real de los trastornos causados por el uso de sustancias. La evidencia sugiere que los efectos de las intervenciones aumentan cuando se implementan otras medidas de políticas preventivas según se indicó en secciones previas.

Intervenciones selectivas e indicadas

Las intervenciones breves son altamente efectivas y al mismo tiempo económicas en lo que se refiere a dejar el hábito de fumar y reducir el consumo peligroso y dañino del alcohol. Los consejos breves que un médico general brinda en forma de rutina a todos los pacientes fumadores, logran que un 40% intente dejar de fumar y aproximadamente un 5% dejen de fumar durante por lo menos seis meses (un evidente pronosticador de éxito permanente) (Lancaster & Stead, 2004). Cuando se agrega la terapia de reemplazo de nicotina, el índice

de éxito aumenta a 10% (Silagy y otros, 2004). En algunos países de algo ingreso, se estima que el costo por cada DALY evitado al utilizar la terapia de consejería breve y reemplazo de nicotina es de 2200 dólares internacionales (OMS, 2004c). En los países de bajo y mediano ingreso, se estima que el costo por cada DALY evitado está entre 30 y 700 dólares internacionales (Ranson y otros, 2000). Generalmente, se necesita tratar de 8 a 10 personas por consumo peligroso y dañino de alcohol para lograr que una de ellas deje el hábito (Moyer y otros, 2002; Ballesteros y otros, 2004). En los países de alto ingreso, se estima que el costo por cada DALY evitado utilizando consejería breve en entornos de atención primaria es de 2300 dólares internacionales (OMS, 2004c). En la sección III.6 se analizan más evidencias relacionadas con el hábito de fumar y el uso de otras sustancias durante el embarazo. Para obtener mayor información sobre la prevención del uso de sustancias psicoactivas refiérase a OMS, 2002b.

Trastornos psicóticos

La aparición de la enfermedad psicótica representa un desastre potencial en el transcurso de la vida de un individuo. Las enfermedades psicóticas que incluyen no solo la esquizofrenia y el trastorno psicoafectivo, sino también las psicosis afectivas y atípicas, generalmente tienen consecuencias de mayor alcance en múltiples áreas de las vidas de aquellos que las padecen. Las enfermedades psicóticas tienen una aparición pico en la adolescencia tardía o adultez temprana (Kaplan, Sadock & Grebb, 1994). La esquizofrenia es la enfermedad psicótica encontrada con mayor frecuencia. La prevalencia de la esquizofrenia en el transcurso de la vida es de aproximadamente 1% y el punto de prevalencia está alrededor del 0.5%. En el estudio del 2000 “Carga Global de la Enfermedad” se observó que el 2.8% de los años de vida perdidos debido a muerte (YLD) y el 1.1% de los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (DALYs) eran atribuidos a la esquizofrenia (Murray y otros, 2001). También hay mayores costos económicos asociados con la esquizofrenia. Esto se debe a su alta prevalencia relativa a su baja incidencia. El Informe 2001 de Salud Mundial (OMS, 2001b) reportó que los estimados del gasto directo por la esquizofrenia en los EUA en 1991 eran de 19 billones de dólares US. En el 2001, los gastos directos por la esquizofrenia en Australia, cuyos gastos están en el extremo inferior de la escala para países desarrollados, ascendieron a 661 millones de dólares Australianos (1.2% del gasto nacional de salud) ó 18 000 dólares australianos por persona con esquizofrenia; los costos indirectos y de transferencia agregaron 1.2 billones de dólares australianos (SANE Australia, 2002).

La esquizofrenia es un trastorno con expresión fenotípica variable y una etiología mal entendida que involucra una importante contribución genética así como factores ambientales que interactúan con la susceptibilidad genética (Jablensky & Kalaydjieva, 2003; van Os & McGuffin, 2003). La vulnerabilidad genética es compleja y ahora se considera que comprende una combinación variable de genes múltiples de pequeño efecto. Los factores de riesgo ambiental también deben estar presentes y algunos pueden funcionar para crear un estado de vulnerabilidad neuroevolutiva. Dichos factores de riesgo de contribución incluyen complicaciones obstétricas, trauma infantil, migración, la calidad del ambiente de crianza, desventaja socioeconómica y nacimiento urbano (Jablensky y otros, 2000).

Las teorías biológicas del riesgo incluyen la hipótesis viral, la cual sugiere que la exposición a agentes virales en el segundo trimestre del embarazo tiene un efecto sobre el desarrollo neurológico que eventualmente conduce a experimentar una enfermedad psicótica (Frangou & Murray, 2000). También existen estudios que sugieren que las complicaciones durante el embarazo y el parto son causas que contribuyen al desarrollo de la esquizofrenia (Geddes & Lawrie, 1995; McNeil, 1995; Warner, 2001). En relación con la hipótesis de causación social está el hallazgo de que las personas en áreas urbanas están más propensas a desarrollar una enfermedad psicótica que las personas que viven en áreas rurales (Torrey, Bowler & Clark, 1997; van Os & McGuffin, 2003). El uso de drogas ilícitas, especialmente la marihuana, es un importante factor de riesgo causal, generalmente aceptado, para el desarrollo de la psicosis.

Aunque la prevención universal todavía no es posible para la psicosis en la forma en que lo es para algunos trastornos físicos, mediante la inmunización o a través de factores de riesgo detectados, se están utilizando diferentes estrategias complementarias para alentar a las personas en riesgo a buscar ayuda temprana y para

planificar mejores formas de identificar a las personas en riesgo y explorar intervenciones innovadoras. A continuación se presentan dos ejemplos de estas estrategias de intervención temprana.

Conocimiento sobre salud mental y búsqueda de ayuda al inicio del trastorno

Dada la alta prevalencia de los problemas de salud mental en los jóvenes, el hecho de que el rango de edades de 12 a 26 represente el período pico para la aparición de los trastornos mentales a lo largo de la vida (Moon, Meyer & Grau, 1999; Patton, 1996) y la evidencia acerca de que la detección y tratamiento temprano de la depresión y la psicosis mejoran los resultados finales (Kupfer, Frank & Perel, 1989; Loebel y otros, 1992), la intervención basada en la población, la intervención indicada y las estrategias de intervención temprana pueden proporcionar oportunidades valiosas para minimizar la carga considerable que conllevan estos trastornos.

Una campaña multimedia para aumentar el conocimiento sobre salud mental fue un componente integral del Estudio Escandinavo para el Tratamiento e Identificación Temprana de la Psicosis (TIPS por sus siglas en inglés), un proyecto de investigación de detección temprana dirigido al primer episodio de psicosis (Johannessen y otros, 2001). TIPS compara un sector de servicio basado geográficamente que había recibido doble implementación por parte de los grupos de detección temprana y grandes campañas de información sobre salud pública con dos sectores de servicio que utilizaban los sistemas actuales de detección y referencia (Larsen y otros, 2001). En el sector de detección temprana se obtuvo una reducción de 90% de las postergaciones para recibir tratamiento y por otra parte, la campaña de los medios de comunicación sobre educación pública resultó ser efectiva para aumentar la información sobre salud mental y promover la búsqueda de ayuda temprana. Las postergaciones para recibir tratamiento durante los primeros episodios son un factor conocido de riesgo que favorece la aparición de episodios subsiguientes.

Un proyecto de segunda generación, la Estrategia "Compass", es una campaña de concientización comunitaria basada en evidencia que se fundamenta en los estudios de TIPS y Postergación (refiérase a Killackey y otros, 2005). La Estrategia Compass es una campaña de concientización dirigida a la comunidad que promueve la búsqueda de ayuda temprana a los problemas de salud mental en jóvenes. Esta estrategia tiene el objeto de desarrollar e implementar una campaña de concientización comunitaria efectiva; mejorar el conocimiento sobre salud mental entre los jóvenes, sus familias y otros miembros pertinentes de la comunidad; aumentar los índices de auto ayuda y reducir las postergaciones del tratamiento en jóvenes de 12 a 25 años que experimentan el primer episodio de un trastorno en el estado de ánimo o psicosis. El diseño de la estrategia Compass se guía por el Modelo Preceder-Proceder para la Promoción de la Salud (Green & Kreuter, 1999) y tiene tres elementos medulares: mecanismos de consulta comunitaria, módulos de campaña y una extensa estructura de evaluación. Una estructura de varios niveles de manejo y consultoría proporcionan dirección estratégica de acuerdo con los principios de planificación participativa. Esto se ha implementado en Australia desde el 2001 y está siendo evaluado sistemáticamente.

Intervención prepsicótica en la esquizofrenia y trastornos relacionados

El modelo para detectar personas que están presumiblemente experimentando un pródromo que fundamenta esta nueva ola de estudios, es un cambio significativo en los esfuerzos anteriores para la identificación de cohortes o grupos similares de alto riesgo. Los enfoques tradicionales para grupos similares de alto riesgo se enfocaban en individuos con una historia familiar de trastornos psicóticos (generalmente esquizofrenia) durante la infancia temprana y se monitoreaban regularmente, algunas veces hasta por 35 años). Este enfoque tiene varias deficiencias, incluyendo un bajo valor de predicción y un alto nivel de falsos positivos.

El desarrollo de una estrategia de ultra alto riesgo (acercamiento) para identificar poblaciones con un mayor índice de transición a psicosis, así como una proporción menor de falsos positivos y un período más corto de seguimiento que los estudios genéticos tradicionales ha sido decisivo para progresar en muchas de las intervenciones preventivas tempranas para la psicosis. Bell propuso que una "detección

de muchas puertas” y un seguimiento “cercano” de grupos similares seleccionados que están en riesgo de desarrollar una psicosis, minimizaría los índices de falsos positivos (Bell, 1992). Estas ideas fueron llevadas a la práctica por primera vez en Melbourne, Australia en 1994 en la Clínica PACE (Young y otros, 1995). Este enfoque se ha adoptado ahora en un conjunto de otros programas de investigación clínica en el mundo (Cornblatt, 2002; Miller y otros, 2002; Morrison y otros, 2002). Una prueba aleatoria controlada en la clínica PACE ha mostrado clara evidencia que indica que es posible dilatar la aparición del primer episodio psicótico utilizando una combinación de dosis bajas de medicamentos antipsicóticos atípicos y terapia cognitiva (McGorry y otros, 2002). Este estudio está en el proceso de repetición y extensión tanto dentro de PACE como en otros centros internacionales.

Suicidio

De acuerdo con cifras de la OMS, en el 2001 murieron aproximadamente 849 000 personas a causa del suicidio a nivel mundial (OMS, 2002a). Se espera que en el 2020 ocurran aproximadamente 1.2 millones de suicidios (Murray y Lopez, 1996) y de 10 a 20 veces más personas por arriba de esa cifra intentarán suicidarse. En la mayoría de los países europeos, la cifra anual de suicidios es mayor que la cifra anual de muertes por accidentes de tránsito y en el 2001 la cifra a nivel mundial de muertes por suicidio sobrepasó la cifra de muertes por violencia (500 000) y guerra (230 000) (WHO 2002c). Los índices del suicidio y sus tendencias muestran una gran variación de acuerdo con el país. Por ejemplo, se han encontrado índices anuales de suicidio de 48.0 a 79.3 por cada 100 000 hombres en muchos países del este y medio de Europa, mientras que en los países islámicos y muchos países de América Latina se han observado índices inferiores a 4 por cada 100 000 hombres. Los índices de suicidio aumentan con la edad, aunque varios estudios han mostrado recientemente un aumento alarmante en los índices de conducta suicida entre jóvenes de 15 a 25 años de edad (Apter, 2001).

Los factores más importantes basados en evidencia para el suicidio son los trastornos psiquiátricos (mayormente la depresión y la esquizofrenia), factores de estrés social recientes o pasados (por ejemplo, adversidades durante la infancia, abuso físico o sexual, desempleo, aislamiento social, graves problemas económicos), suicidio en la familia o entre amigos o compañeros, acceso limitado a ayuda psicológica y acceso a las formas de cometer suicidio.

A pesar de que la historia de esfuerzos planificados para reducir el índice de suicidios en la comunidad abarca varias décadas, la disponibilidad de evidencia sobre sus resultados es aún escasa. Muchos estudios son solo de naturaleza descriptiva y la oportunidad de encontrar efectos significativos en los estudios controlados se ve obstaculizada por la baja incidencia de suicidios y las barreras éticas para la utilización de las RCTs.

Hasta la fecha, las estrategias más efectivas para prevenir suicidios incluyen la prescripción de medicamentos antidepresivos a pacientes que padecen de depresión y la reducción del acceso a las formas de cometer suicidio. Para la prevención del suicidio entre los jóvenes, se recomienda un enfoque de componentes múltiples con base en la escuela.

Líneas calientes y centros de crisis

Estos representan una de las estrategias sistemáticas más tempranas para prevenir el suicidio. Los estudios sobre resultados finales durante las últimas décadas no han proporcionado evidencia convincente que indique que dichas líneas calientes y centros tengan algún impacto en los índices de suicidio. Sin embargo, algunos resultados sugieren un efecto positivo. Por ejemplo, en Venecia, Italia se combinó una línea caliente de ayuda para ancianos con un servicio de visitas al hogar. En un estudio cuasi experimental durante un período de 11 años, se observó un descenso de 71% en los suicidios entre los 18 641 usuarios del servicio para ancianos en comparación con un grupo de población de iguales características (De Leo, Dello Buono & Dwyer, 2002).

Programas realizados en las escuelas

La educación acerca del suicidio en los entornos escolares no ha mostrado ningún impacto sobre las conductas suicidas. Hay incluso indicaciones que apuntan a que dicha educación puede aumentar la cifra de estudiantes que consideran el suicidio como una posible solución a sus problemas. Sin embargo, la detección sistemática directa de adolescentes, utilizando factores de predicción de suicidio, basados en evidencia, es considerada una estrategia de salud pública efectiva para hacer frente al suicidio entre los adolescentes. Un programa realizado en la escuela es el Programa de Prevención del Suicidio y Manejo de Crisis Escolares implementado en un distrito escolar público en la Florida, EUA, que abarcaba alrededor de 330 000 niños y adolescentes de escuela primaria, media y secundaria. Este programa integral abarca la implementación de una política escolar de prevención de suicidio, capacitación y consulta de los maestros, educación a los padres, plan de estudios para el manejo del estrés y habilidades de supervivencia y el establecimiento de un grupo de crisis en cada escuela. En un estudio longitudinal de cinco años, se observó una reducción de 63% en la cifra anual de suicidios entre estudiantes y una reducción de 64% en los intentos de suicidio (Zenere & Lazarus, 1997).

Intervención temprana en la atención primaria y prescripción de drogas psicoactivas

Algunos estudios sugieren que la capacitación de los médicos generales en el reconocimiento y tratamiento de la depresión en atención primaria pueden mejorar la cantidad y calidad del tratamiento temprano de la depresión. Un estudio sueco no aleatorio encontró que dicha capacitación puede reducir el número de días de depresión en los pacientes de atención primaria y el número de suicidios (Rutz, von Knorring & Walinder, 1992). Sin embargo, estos efectos fueron temporales, todos apuntando a la necesidad de realizar sesiones de refuerzo y volver a impartir dicho programa de capacitación. Un estudio holandés sugiere que los efectos positivos para los pacientes se dieron principalmente en aquellos con un inicio reciente de depresión.

Muchas RCTs han demostrado evidencia de una reducción muy significativa de suicidios como resultado de la prescripción de medicamentos antidepresivos tales como la paroxitina (promedio de reducción de 82%: Montgomery y otros, 1995) y terapia de mantenimiento a base de litio (72% de reducción: Tondo, Jamison & Baldessarini, 1997).

Reduciendo el acceso a los medios de cometer suicidio

El tipo de prevención de suicidio que ha demostrado resultados más definitivos y dramáticos está relacionado con la reducción del acceso a los medios para cometer suicidio (Leenars, 2001). Las estrategias incluyen desintoxicación de gas doméstico y sistema de escape de los automóviles, medidas de seguridad en los edificios altos y puentes, control de la disponibilidad de sedantes y analgésicos y acceso restringido a los pesticidas. La OMS (1998b) ha propuesto la reducción del acceso a los medios de cometer suicidio como un componente estratégico esencial de su modelo "humano – ecológico" para la prevención del suicidio.

Parte V: El camino hacia adelante

La evidencia presentada en este informe muestra que es posible prevenir los trastornos mentales y reducir el riesgo de desarrollar problemas de salud mental. Durante las últimas tres décadas se ha elaborado una amplia gama de programas y políticas basados en evidencia que reducen con éxito los factores de riesgo y fortalecen los factores de protección. Estos cubren el rango completo de la prevención primaria, es decir, abordan las poblaciones universales y las poblaciones en riesgo selectivas e indicadas. Se han observado reducciones en la aparición de algunos trastornos como resultado de los programas de prevención primaria. Para abordar el rango completo de los factores de riesgo y de protección para los trastornos mentales y para generar efectos preventivos en las poblaciones a nivel global, se necesita extender aún más el espectro de las intervenciones efectivas en las próximas décadas.

Las reflexiones científicas y sistemáticas sobre las prácticas de prevención actuales y pasadas han generado el entendimiento de los pasos y condiciones necesarias para desarrollar prevenciones efectivas de los trastornos mentales y de los problemas de salud mental en todo el mundo. Las mismas se detallan a continuación.

Para facilitar la implementación efectiva de estos pasos dentro y a través de los países, resulta imperativo que se cumplan las condiciones requeridas a nivel local, nacional e internacional. Estas condiciones incluyen políticas nacionales, alianzas entre las respectivas partes interesadas, desarrollo de potencial y capacitación para ampliar el conocimiento, investigación que apoye el desarrollo y la implementación de programas y políticas efectivas, recursos e infraestructuras que faciliten el diseño de políticas, desarrollo de programas, suministro de servicios preventivos y otros. En muchos países dichas condiciones aún no se han desarrollado o están implementadas inadecuadamente.

Pasos que se deben tomar

Evaluación de necesidades y desarrollo de programas

Abordar las necesidades comunitarias y los factores de riesgo y de protección basados en evidencia

- Las políticas de prevención necesitan estar fundamentadas en evaluaciones sistemáticas de la salud mental pública.
- Para que los programas sean efectivos necesitan abordar los factores de riesgo y de protección, biológicos, psicológicos y sociales, basados en evidencia, y sus interacciones en el transcurso de la vida.
- Para aumentar el impacto de las intervenciones preventivas en la salud mental de poblaciones a nivel global, se necesitan desarrollar intervenciones que tengan el potencial de tener un gran alcance en dichas poblaciones.

Programas de prevención basados en principios de efectividad

A pesar de que hasta la fecha existen muchos programas efectivos de prevención, su efectividad y rentabilidad necesitan perfeccionarse más. La larga historia de investigación y desarrollo en la prevención ha generado comprensión de las estrategias y condiciones necesarias para desarrollar programas y políticas efectivas de prevención y evitar los fracasos. Por ejemplo, se puede esperar mayor efectividad de los programas que combinan o coordinan las intervenciones múltiples que abordan objetivos de prevención similares, que están hechos a la medida de las necesidades de la población en particular y de segmentos específicos dentro de ella, que se miden en períodos de evolución sensitivos al cambio, que hacen uso de los principios basados en evidencia sobre cambios de conducta y que tienen un gran alcance en las poblaciones en riesgo.

- Los diseñadores y proveedores de los programas necesitan guiarse a través del conocimiento de las características de los programas y otras condiciones y principios basados en evidencia que puedan aumentar la efectividad y rentabilidad.

Abordar múltiples repercusiones en la salud mental y física y los aspectos sociales

También se ha encontrado que los programas de prevención disponibles, basados en evidencia, mejoran la salud mental positiva, contribuyen a mejorar la salud física y generan beneficios sociales y económicos. Dichas intervenciones de múltiples repercusiones demuestran que la prevención puede ser rentable. Uno de los principales problemas en la ciencia y políticas de prevención es el enfoque fragmentado a los problemas mentales, sociales, educativos, conductuales y legales. Muchos problemas están relacionados o comparten factores comunes de riesgo que se pueden abordar simultáneamente. La acumulación de múltiples repercusiones próximas, a través de los aspectos de funcionamiento puede producir estrategias más eficientes que las de los grupos de programas con repercusiones fragmentadas. La acumulación de las repercusiones en el aspecto social y el área de la salud ofrecerán a las partes interesadas los argumentos más convincentes para llevarlos a invertir en la prevención a nivel nacional y local.

- Los programas deben abordar múltiples resultados finales, es decir, deben tener el potencial para reducir el riesgo de muchos problemas y trastornos de salud mental, mejorar simultáneamente la salud mental y física y generar beneficios sociales y económicos.

Diseminación y adopción

Apoyar el intercambio global de información

Hay una práctica creciente de diseminación y adopción de las mejores prácticas y modelos de programas y políticas a través de los países y comunidades. Dicho intercambio facilitará el uso óptimo de los escasos recursos de los países y comunidades individuales para la prevención e investigación sobre prevención. La historia indica que el desarrollo de intervenciones efectivas de prevención requiere inversiones a largo plazo en la investigación de los factores de riesgo, desarrollo de programas, estudios de evaluación y mejoras de los programas y en la exploración de infraestructuras factibles para su implementación. Al compartir este trabajo a través de los países y las comunidades, el campo de la prevención evolucionará más rápidamente y cada país y comunidad recibirá una gama más amplia de herramientas preventivas para detectar la epidemia de los trastornos mentales y sus problemas relacionados.

- Para aumentar el impacto de los programas y políticas disponibles basadas en evidencia, resulta imperativo aumentar su diseminación y adopción a nivel mundial con el fin de facilitar su implementación a gran escala.

Desarrollar sistemas de diseminación a nivel nacional y global

Para facilitar la diseminación, adopción e implementación de programas y políticas efectivas a nivel mundial, resulta esencial mejorar el acceso a las intervenciones basadas en evidencia, tanto internacional como nacionalmente. Algunos países y regiones han comenzado a desarrollar sistemas de bases de datos de Internet para facilitar el acceso a dichos programas. Mucho se habrá ganado cuando se estandaricen dichos sistemas y lleguen a ser compatibles en todo el mundo. Para aumentar las probabilidades de la adopción de programas y políticas basados en evidencia, se necesita sincronizar estos sistemas con las necesidades de los diseñadores de políticas, proveedores de servicios y médicos en los países de alto, mediano y bajo ingreso.

- Se necesita crear un sistema accesible e integrado de bases de datos internacionales y nacionales para suministrar información a las agencias gubernamentales y no gubernamentales en relación con los programas y políticas basados en evidencia, las condiciones para la implementación exitosa, resultados finales de los programas, rentabilidad y efectividad y estudios relacionados. La información y los materiales se deben traducir a los idiomas nacionales para que sean accesibles a los médicos, diseñadores de políticas y representantes locales.
- Para obtener la participación e inversiones de las organizaciones gubernamentales y no

gubernamentales y de las personas claves a través de los diferentes sectores (por ej., salud, educación, trabajo, industria, justicia) y para despertar el interés de las poblaciones específicas, las bases de datos necesitan suministrar información acerca de los múltiples resultados y rentabilidad de los programas de prevención que satisfagan sus intereses, incluyendo beneficios que excedan los beneficios de salud mental.

Adaptación y personalización de los programas

Desarrollar la adaptación cultural de los programas guiados por principios de efectividad

A pesar de la evidencia disponible sobre la efectividad de los programas y políticas de prevención en salud mental, el conocimiento actual aún está casi exclusivamente basado en pruebas de intervención en países de alto ingreso, mayormente los EUA, Canadá, Australia y los países del norte de Europa. Se conoce menos acerca de su factibilidad potencial y efectividad para los países de bajo y mediano ingreso. Estudios recientes con implementaciones de cruce cultural y prácticas y políticas desarrolladas por los indígenas comienzan a informarnos acerca del rol que juegan los factores culturales en el desarrollo e implementación de las intervenciones preventivas. Se necesita contar con un mayor conocimiento acerca de qué funciona en cuál contexto cultural y económico. Dicho conocimiento puede guiar las adaptaciones de los programas basados en evidencia cuando se implementen en nuevos contextos y el desarrollo de programas nuevos y efectivos para poblaciones indígenas.

- Los proveedores de servicio necesitan emprender la adaptación cultural y personalización de los programas, especialmente cuando se adoptan programas basados en evidencia que han sido implementados en otros países o culturas, o cuando se implementan en países y poblaciones específicas que difieren de aquellas en las que originalmente se desarrollaron y probaron.
- Aunque las adaptaciones se modifiquen culturalmente, deben guiarse por principios de intervención e implementación efectivas. Se debe elaborar y diseminar la información acerca de las características que son esenciales para la efectividad.

Uso de estrategias personalizadas para aumentar la eficacia

Las adaptaciones no solo pudieran ser necesarias cuando se adoptan en los países los programas basados en evidencia, sino también cuando se intercambian entre las comunidades dentro de un mismo país o cuando se aplican a nuevas poblaciones en riesgo. Es esencial personalizar los programas de acuerdo con la cultura y las necesidades de los entornos locales y los diferentes segmentos de la población específica. Se necesita un balance entre la fidelidad y los rediseños de acuerdo con las evaluaciones de las necesidades y oportunidades locales y el conocimiento de los principios de prevención efectiva.

- Se puede aumentar la efectividad de los programas nuevos o adoptados aplicando estrategias personalizadas que sean sensibles a las necesidades y características culturales de las subpoblaciones.
- Se necesita lograr mayor comprensión de la capacidad de transferencia, oportunidades para la adaptación y rediseño de programas y políticas basadas en evidencia a través de los países y culturas. Los esfuerzos de evaluación y colaboración internacional deben proporcionar oportunidades de aprendizaje que generen nuevo conocimiento sobre dichos procesos.

Implementación

El impacto de los programas y políticas basados en evidencia sobre la salud mental de las comunidades y poblaciones depende de su selección detallada y la calidad y escala de su implementación.

Apoyar la implementación a gran escala de programas y políticas basados en evidencia

Diversos estudios han demostrado la implementación exitosa. Sin embargo, la mayoría de los efectos preventivos reportados solo han sido estudiados en pruebas de eficacia realizadas en contextos experimentales que pudieran no reflejar los procesos o situaciones en la práctica comunitaria diaria.

- Al decidir sobre qué se debe implementar, los diseñadores de políticas y los médicos deben tomar en

consideración lo que ha demostrado ser efectivo y cuando sea posible, escoger de entre una gama de estrategias e intervenciones basadas en evidencia.

- Para mejorar la implementación efectiva a gran escala, los investigadores y médicos necesitan desarrollar un conjunto de estándares con el fin de determinar cuándo un programa está listo para llegar a dicha escala. Tales estándares deben ser sensitivos a las diferencias regionales, nacionales y locales en relación con las normas culturales, los recursos disponibles, las técnicas y los mecanismos para la investigación.

Garantizar alta calidad de implementación

La alta calidad de la implementación es crucial para la efectividad de los programas de prevención y para garantizar que los resultados basados en evidencia se van a repetir en sitios nuevos. Uno de los elementos claves de la implementación de alta calidad es la fidelidad de la implementación. Esto requiere que los programas y políticas se implementen según lo indicado. La fidelidad de la implementación puede ser respaldada mediante el acceso a la documentación del programa, capacitación continua de los proveedores del programa y supervisión de la implementación del programa.

- Se insta a los médicos y a las personas encargadas de implementar el programa a garantizar una implementación de alta calidad del programa y a hacer uso de las herramientas para mejorar y garantizar la fidelidad en la implementación del programa, tales como manuales para suministro del programa, guías para la implementación efectiva, capacitación y supervisión.
- Los investigadores, médicos y diseñadores de políticas deben abordar cualquier deficiencia que exista en los procesos de análisis e información de la implementación para identificar las oportunidades que permitan su perfeccionamiento.

Evaluación y monitoreo

Desarrollar e implementar sistemas para la evaluación y el mejoramiento de la calidad

Los estudios de resultados han mostrado que existe la necesidad de un mayor perfeccionamiento de la eficacia, efectividad y rentabilidad de los programas de prevención. Para mejorar la efectividad es necesario crear sistemas de aprendizaje que puedan informar a los diseñadores de políticas, proveedores, médicos y usuarios acerca del nivel actual de la efectividad y las oportunidades para su perfeccionamiento.

- La implementación por parte de los proveedores de programas se debe guiar por las respuestas a las medidas de monitoreo de la implementación y evaluación de calidad, estudios controlados y cualitativos de los resultados y sistemas de monitoreo comunitario, utilizando indicadores de salud mental, sociales y de salud.

Incluir seguimientos a largo plazo

Las evaluaciones de seguimiento a largo plazo mejorarán el conocimiento acerca de los efectos del programa y conducirán a mensajes de abogacía más claros y convincentes para influir en el apoyo de las intervenciones de prevención y promoción. Estas deben guiar las decisiones acerca de cuándo y por cuánto tiempo se deben realizar las intervenciones.

- Los investigadores deben incluir seguimientos a largo plazo en sus estudios de resultados para dar suficiente tiempo a que las intervenciones muestren efecto y para proporcionar un estimado exacto de la duración de los efectos.

Garantizando la sostenibilidad

Establecer o fundamentarse en políticas y recursos que faciliten la implementación sostenible

El impacto de los programas basados en evidencia sobre la salud mental de las poblaciones depende de la duración de su implementación. La efectividad de los programas está con frecuencia limitada por las barreras a su sostenibilidad. Es indispensable que las intervenciones preventivas puedan promover y fundamentarse

en los recursos de los indígenas con el fin de maximizar su impacto local a largo plazo.

- Para generar beneficios de salud mental y salud pública durante un período de tiempo más largo, es indispensable crear la responsabilidad de las comunidades para apoyar estrategias sostenibles dentro de las autoridades de salud.
- Para fortalecer la implementación sostenible, las autoridades gubernamentales y los proveedores deben seleccionar programas y políticas que puedan fundamentarse en las infraestructuras y recursos existentes. Los componentes de la prevención y la promoción de salud mental se deben integrar estructuralmente con los programas existentes y efectivos de promoción de salud y las políticas sociales en las escuelas, lugares de trabajo y comunidades.

Condiciones necesarias

Política

Desarrollar una política nacional para la prevención de los trastornos mentales y la promoción de la salud mental dentro del contexto de salud pública y política pública

Para lograr un mayor desarrollo e implementación de programas y políticas basados en evidencia, los pasos y condiciones necesarias necesitan guiarse mediante políticas de prevención integrales a nivel local, nacional y regional. Las relaciones entre la salud física y mental denotan la necesidad primordial de integrar la prevención con la promoción de la salud mental dentro de un marco de referencia más integral de salud pública.

- Se insta a las agencias gubernamentales a que desarrollen políticas nacionales y regionales sobre la prevención de los trastornos mentales y la promoción de la salud mental como parte de la política de salud pública y en concordancia con las prácticas de tratamiento y mantenimiento de los trastornos mentales existentes.
- Las políticas de prevención, junto con la promoción de la salud mental, deben estar orientadas por la población y cubrir diferentes entornos. Estas políticas incluyen acciones tales como la promoción de un inicio saludable en la vida a través de servicios de apoyo para padres jóvenes; ofrecer intervenciones tempranas basadas en la escuela para promover un desarrollo saludable; estimular las políticas de protección de la salud mental y políticas de cordialidad en el lugar de trabajo; proporcionar mayor capacitación de personal, recursos y prevención en todos los servicios de salud; y crear servicios de atención infantil y sistemas de apoyo accesibles en la comunidad, especialmente para las poblaciones en alto riesgo.
- La prevención de los trastornos mentales y la promoción de la salud mental se deben integrar dentro de un enfoque de política pública que abarque la acción horizontal a través de diferentes sectores públicos, tales como el ambiente, vivienda, bienestar social, trabajo y empleo, educación, justicia penal y protección de los derechos humanos.
- Las políticas de prevención deben abordar las condiciones que son necesarias para hacer posible el desarrollo, disseminación e implementación sostenible de los programas de prevención basados en evidencia.

Invertir en prevención dentro de la atención primaria y secundaria de salud

Los proveedores y hospitales de atención primaria de salud y salud mental están en una posición estratégica para integrar en sus servicios los programas basados en evidencia para la prevención de los trastornos mentales y la promoción de la salud mental.

- Se necesitan políticas de apoyo que incluyan la prevención de los trastornos mentales y la promoción de la salud mental en la atención primaria y secundaria de la salud, junto con mayores recursos y capacitación.
- Los altos niveles de comorbilidad entre los trastornos psiquiátricos y la marcada interrelación entre la salud física y mental y los problemas sociales, exigen estrategias de prevención integradas dentro de la atención primaria y secundaria de salud. Dichas estrategias se deben enfocar en los factores comunes de riesgo y de protección y asignar prioridad a las

intervenciones en salud mental que se ha comprobado tienen consecuencias en los diferentes problemas.

Desarrollo de potencial y capacitación

Para desarrollar prácticas de prevención exitosas en un país es necesaria una combinación de capacidades a nivel nacional y local. Estas incluyen el potencial para diseñar políticas, desarrollar y adaptar programas, investigación, suministro de servicios preventivos, reestructuración organizacional, abogacía y reclutamiento de recursos para la prevención de la salud mental. Las nuevas oportunidades de capacitación deben responder a las necesidades para el conocimiento de todos los roles y tareas que se deban emprender.

Desarrollar programas de capacitación para la prevención y promoción de la salud mental

- Cada país debe asumir iniciativas para desarrollar el potencial y el conocimiento a nivel nacional y local para la prevención basada en evidencia de los trastornos mentales y la promoción de la salud mental.
- Los componentes de capacitación para la prevención de los trastornos mentales y la promoción de la salud mental deben insertarse en las iniciativas actuales de capacitación que están dirigidas a la promoción de la salud, la salud pública, la atención primaria de la salud, la atención de la salud mental y sus disciplinas relacionadas.

Desarrollar colaboraciones internacionales para promover iniciativas de capacitación

Las actuales oportunidades para la capacitación en prevención de trastornos mentales y promoción de salud mental están distribuidas en forma desigual alrededor del mundo. Se necesitan iniciativas internacionales para apoyar a los países que aún no tienen potencial y conocimiento en este campo.

- Las iniciativas internacionales de capacitación se deben emprender en colaboración con las organizaciones internacionales que ya tienen el potencial y la experiencia de dichas iniciativas, especialmente en países de mediano y bajo ingreso.

Investigación y abogacía

Expandir el potencial para la investigación de prevención

Durante las últimas dos décadas, el campo multidisciplinario de las ciencias de prevención se ha desarrollado a un ritmo rápido. Las contribuciones provenientes de las ciencias sociales, biológicas y neurológicas han creado conocimiento considerable sobre el rol de los factores de riesgo y de protección en los caminos de desarrollo hacia los trastornos mentales. Se ha identificado evidencia para factores biológicos, psicológicos, sociales y de la sociedad y sus interacciones a lo largo de las diferentes etapas de la vida desde incluso la etapa prenatal y la infancia temprana. Los científicos dedicados a la prevención han evaluado los resultados de muchos programas y políticas de prevención con el fin de proporcionar la base de evidencia que permita la toma de decisiones sobre su implementación y posterior perfeccionamiento. Esto ha aumentado las oportunidades para una abogacía exitosa de la prevención.

Los investigadores han estudiado las condiciones y procesos complejos que contribuyen o crean barreras a los cambios en conductas individuales y el ambiente social que se necesita para generar efectos preventivos. El reconocimiento de este importante progreso y el amplio espectro de los resultados basados en evidencia, no deben proseguir sin el conocimiento de que la base de evidencia todavía es pequeña y necesita expandirse.

- Para fortalecer la base de conocimiento de la prevención y expandir el rango de programas efectivos, se necesita ampliar el potencial de la investigación sobre prevención y la colaboración internacional de la investigación. Esto debe incluir el establecimiento de una red internacional de

centros de colaboración para la investigación de prevención que sea sensible a las necesidades de salud mental de los países de bajo, mediano y alto ingreso.

Asignar prioridades para la agenda de investigación sobre prevención

- Para ampliar la base de conocimiento de la prevención efectiva a través de países y culturas, es necesario que los investigadores presten especial atención a:
 - estudios en muchos sitios y repetición de los estudios para ampliar el conocimiento sobre el robustecimiento y sensibilidad cultural de los resultados de programas y políticas;
 - estudios longitudinales para probar el impacto a largo plazo de las intervenciones preventivas tempranas;
 - el desarrollo de programas preventivos que lleguen a una mayor proporción de poblaciones en riesgo;
 - la investigación sobre las implicaciones de la interrelación de muchos problemas de salud mentales, físicos y sociales para programas y políticas efectivas de prevención;
 - estudios rentables para identificar las estrategias más eficientes y el valor de los programas y políticas de prevención más allá de los beneficios de salud mental; y
 - estudios que identifiquen moderadores de efectos y guías basadas en evidencia para mejorar la efectividad de los programas y políticas y su implementación.

Fortalecer perspectivas comunes en relación con estándares de evidencia, sensibles al contexto y la cultura

La necesidad de contar con programas de prevención basados en evidencia y de promoción de la salud ha desencadenado un debate internacional entre los investigadores, médicos y personas responsables de la prevención y promoción de la salud y los diseñadores de políticas sobre los estándares de evidencia de calidad. Existen diferentes puntos de vista en relación con dichos estándares. Es difícil proporcionar reglas generales que sean válidas para todos los países y situaciones en que se implementan.

- Se necesita que las partes interesadas y las organizaciones internacionales desarrollen puntos de vista comunes en relación con los estándares de evidencia que sean sensibles a los contextos culturales y económicos y que estén relacionados con el tipo de decisión que se tiene que tomar.

Facilitar la colaboración y alianzas entre investigación, políticas y práctica

La promoción de alianzas de colaboración haría que la ciencia y la práctica trabajaran en conjunto para diseñar, implementar y evaluar los programas de prevención y aumentar el conocimiento sobre su efectividad. Es muy probable que estas relaciones simbióticas conduzcan a un aumento en la calidad de las intervenciones y políticas implementadas.

- Se deben estimular las alianzas sostenibles entre investigación, políticas y práctica para la implementación y evaluación de intervenciones nuevas o actuales.

Recursos e infraestructuras

Para implementar los pasos y condiciones necesarias que puedan prevenir los trastornos mentales, resulta fundamental desarrollar recursos e infraestructuras adecuadas a nivel local, nacional e internacional que hagan un uso eficiente de las oportunidades existentes.

Desarrollar una infraestructura de recursos que promueva programas y políticas sostenibles

- Los gobiernos deben estimular y desarrollar infraestructuras nacionales y locales que apoyen la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales y que trabajen en colaboración dentro de otras plataformas de salud pública y políticas públicas.
- Los gobiernos y las compañías de seguros médicos deben asignar los recursos apropiados para la disseminación e implementación de programas y políticas disponibles basados en evidencia, dentro de

las comunidades y a nivel nacional.

- Se deben asignar mayores recursos para:
 - apoyar el desarrollo de potencial en los diferentes sectores con responsabilidades asignadas;
 - financiar la capacitación y educación en relación con la promoción y prevención de la salud mental;
 - financiar la implementación del programa en alianza con estudios de evaluación; y
 - estimular a nivel local y nacional el establecimiento de un organismo coordinado de las diferentes partes que participan en los programas y políticas de promoción de la salud mental y prevención.

Organizar y coordinar acciones en cada país

Se requiere la acción coordinada de las diferentes organizaciones y sectores para que la prevención sea lo más efectiva y rentable posible.

- Los gobiernos deben fortalecer la coordinación nacional de iniciativas, prácticas y profesionales que trabajen en el desarrollo, diseminación, implementación y evaluación de acciones preventivas y promoción de salud mental para facilitar la efectividad y un uso más eficiente de los recursos.
- Esta coordinación debe llegar a insertarse dentro de una estrategia nacional para la colaboración intersectorial efectiva entre los sectores de salud pública, promoción de la salud, atención primaria de salud y salud mental y colaboración con otros sectores públicos que pudieran beneficiarse de los programas y políticas efectivas de prevención, tales como educación, trabajo y justicia.

Desarrollar la colaboración sostenible y efectiva entre las organizaciones internacionales gubernamentales y no gubernamentales

La reducción exitosa del inicio de los trastornos mentales y la promoción de la salud mental a nivel mundial solo se pueden lograr cuando las organizaciones internacionales pertinentes combinen sus esfuerzos, campos de conocimiento y puntos fuertes y coordinen sus acciones y políticas.

- La organización y coordinación a nivel nacional se debe insertar en la colaboración y alianzas efectivas entre las organizaciones internacionales gubernamentales y no gubernamentales involucradas en el desarrollo, la diseminación e implementación de programas y políticas efectivas de prevención.

Referencias

- Asociación Americana de Psiquiatría (2000). Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales DSM IV-TR, 4ª edición. Washington, Asociación Americana de Psiquiatría.
- Anderson P, Biglan A, Holder H (2005). Previendo el daño causado por sustancias. En: Hosman C, Jané-Llopis E, Saxena S, eds. Prevención de trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas, Oxford, Oxford University Press.
- Apter A (2001). Suicidio e intento de suicidio en adolescentes. En: Wasserman D, ed. Suicidio, una muerte innecesaria. Londres, Martin Dunitz: 181-195
- Arendt M, Elklit A (2001). Efectividad de cuestionario psicológico. Acta Psychiatrica Scandinavica, 104(6):423-437.
- Aronen ET, Kurkela SA (1996). Efectos a largo plazo de una intervención temprana basada en el hogar. Publicación de la Academia Americana de Psiquiatría Infantil y Adolescente, 35(12):1665-1672.
- Avery DH y otros (2001). Terapia de luz brillante para el trastorno afectivo de síndrome estacional en el lugar de trabajo: exposición de mañana versus la tarde. Acta Psychiatrica Scandinavica, 103(4):267-274.
- Babor T y otros. (2003). Alcohol: ningún activo ordinario. Oxford, Publicaciones Médicas Oxford.
- Ballesteros J y otros (2004). Intervenciones breves para consumidores de alcohol que se realizan en la atención primaria son igualmente efectivas en hombres y mujeres. Adicción, 99:103-108.
- Battistich V y otros (1996). Efectos de la prevención del proyecto de desarrollo infantil: Hallazgos tempranos de una prueba continua de demostración en sitios múltiples. Publicación de Estudios sobre Adolescentes, 11(1):12-35.
- Beardslee W, Solantaus T, van Doesum K (2005). Enfrentando la enfermedad mental de los padres. En: Hosman C, Jané-Llopis E, Saxena S, eds. Prevención de trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas, Oxford, Oxford University Press.
- Beardslee W y otros (1988). Trastorno psiquiátrico en hijos adolescentes de padres con trastorno afectivo en una muestra no referida. Publicación de Trastornos afectivos, 15(3):313-322.
- Bell R (1992). Grupos similares en riesgos múltiples y segmentación de riesgo como soluciones al problema de falsos positivos en riesgo de psicosis mayor. Psiquiatría: Procesos Interpersonales y Biológicos, 55(4):370-381.
- Bertolote JM (2001). Suicidio en el mundo: una perspectiva epidemiológica. En: Wasserman D, ed. Suicidio, una muerte innecesaria, Londres, Martin Dunitz: 3-10.
- Blair C, Ramey C (1997). Intervención temprana para niños con bajo peso al nacer y la ruta a los estudios de segunda generación. En: Guralnick MJ, ed. La efectividad de la intervención temprana. Baltimore, Paul Brookes: 77-97.
- Blair C, Ramey CT, Hardin JM (1995). Intervención temprana para niños prematuros, bajo peso al nacer: participación y desarrollo intelectual. Publicación Americana de Retardo Mental, 99(5):542-554.
- Brown H, Sturgeon S (2005). Promoviendo un inicio saludable en la vida y reduciendo riesgos tempranos. En: Hosman C, Jané-Llopis E, Saxena S, eds. Prevención de trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de política. Oxford, Oxford University Press.
- Bruene-Butler L y otros (1997). El Proyecto de Concienciación Social-Solución de Problemas Sociales. En: Albee GW, Gullotta TP, eds. Trabajos de prevención primaria. Problemas en las vidas de niños y familias. vol. 6. Thousand Oaks, USA, Publicaciones Sage: 239-267.
- Bryant RA y otros (1998). Tratamiento del trastorno de estrés agudo. Una comparación de la terapia cognitiva-conductual y consejería de apoyo. Publicación de Consultoría y Psicología Clínica, 66:862-866.
- Bryant RA y otros (1999). Tratamiento del trastorno de estrés agudo. Una evaluación de la terapia cognitiva-conductual y técnicas de consejería. Publicación Americana de Psiquiatría, 156:1780-1786.
- Caplan RD y otros (1989). Búsqueda de empleo, desempleo y salud mental: Un experimento aleatorio de campo para enfrentar la pérdida de trabajo. Publicación de Psicología Aplicada, 74(5):759-769.
- Chowdhury A, Bhuiya A (2001). ¿Reducen los programas de alivio las desigualdades en salud? La experiencia de Bangladesh. En: Leon D, Walt G, eds. Pobreza, desigualdad y salud. Oxford, Oxford University Press.
- Clarke GN y otros (1995). Prevención específica de trastorno depresivo unipolar en una muestra de adolescentes en riesgo: una prueba aleatoria de intervención cognitiva de grupos. Publicación de la Academia Americana de Niños y Adolescentes, 34:312-321.
- Clarke GN y otros (2001). Una prueba aleatoria de una intervención cognitiva de grupo para prevenir la depresión en los hijos adolescentes de padres deprimidos. Archivos de Psiquiatría General, 58:1127-1134.
- Cohen A (2002). Nuestras vidas estuvieron cubiertas por la oscuridad. El trabajo de la Misión Literaria Nacional en el Norte de India. En: Cohen A, Kleinman A, Saraceno B, eds. Registros de salud mental mundial: programas sociales y de salud mental en países de bajo ingreso. Londres, Editores Kluwer Academic/Plenum: 153-190.

Bellew R, King E (1993). Educando a las mujeres: lecciones de experiencia. En: King E, Hill A, eds. Barreras, beneficios y políticas. Baltimore, Universidad John Hopkins University Press.

Coie JD y otros. (1993). La ciencia de la prevención: un marco conceptual y algunas guías para un programa de investigación nacional. *Psicólogo Americano*, 48(10):1013—1022.

Grupo de Estudio de Prevención de Problemas de Conducta (1999). Impacto inicial de la prueba de prevención Fast Track para problemas de conducta: II. Efectos en el salón de clases. *Publicación de Consultas de Psicología Clínica*, 67(5):648-57.

Grupo de Estudio de Prevención de Problemas de Conducta La implementación del Programa: Un ejemplo de una prueba de eficacia científica de prevención a gran escala. *Publicación de Psicología Infantil Anormal*, 30(1):1-17

Cooper B (2002). Pensando cómo prevenir la demencia. *Publicación Internacional de Psiquiatría Geriátrica*, 17:895-906.

Cornblatt BA (2002). El proyecto de alto riesgo de Nueva York al programa de reconocimiento y prevención (RAP) de Hillside. *Publicación Americana de Genética Médica*, 114(8):956-966.

Costello EJ, Angold A (1995). Epidemiología. En: March JS, ed. *Trastornos de ansiedad en niños y adolescentes*. Nueva York, Guilford Press.

Cummings KM (2000). Intervenciones a nivel comunitario para el control del tabaco. En: Instituto Nacional de Cáncer. *Cesación de fumar basado en la población. Monografía 12 para el Control de Fumar y Tabaco*. Bethesda, MD, Departamento de Salud y Servicios Humanos, EUA: 217-221.

Dadds MR y otros. (1997). Prevención e intervención temprana para trastornos de ansiedad: Una prueba controlada. *Publicación de Consultoría y Psicología Clínica*, 65(4):627-635.

DeLeo D, Dello Buono M, Dwyer J (2002). Suicidio en los ancianos: el impacto a largo plazo de un apoyo telefónico e intervención de evaluación en el norte de Italia. *Publicación Británica de Psiquiatría*, 181:226-229.

Detels R y otros, eds (2002). Libro de texto Oxford de salud pública 3era ed. Oxford, Oxford University Press.

Investigación y Programas de Desarrollo (1997). *Comunidades Interesadas: un programa de prevención integral*. Seattle, WA, Investigación y Programas de Desarrollo.

Dishion TJ, Andrews DW (1995). Previendo la escalada de las conductas conflictivas en adolescentes en alto riesgo: Resultados inmediatos y después de un año. *Publicación de Consultoría y Psicología Clínica*, 63(4):538-548.

Domitrovich C y otros, (2005). Aumentando la fortaleza y reduciendo la conducta de riesgo en las escuelas. En: Hosman C, Jané-Llopis E, Saxena S, eds. *Prevención de trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas*. Oxford, Oxford University Press.

Dyer C, Halford WK (1998). Prevención de los problemas de relaciones: Retrospecto y prospecto. *Cambio de Conducta*, 15(2):107-125.

Eddy M (2005). Prevención de trastornos de conducta, violencia y agresión. En: Hosman C, Jané-Llopis E, Saxena S, eds. *Prevención de trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas*. Oxford, Oxford University Press.

Felner RD y otros (1993). Reestructurando la ecología de la escuela como una aproximación a la prevención durante transiciones escolares: seguimientos longitudinales y extensiones del Proyecto de Ambiente Escolar de Transición (STEP). *Prevención en los Servicios Humanos*, 10:103-136.

Fichtenberg CM, Glantz SA. (2002). Efecto de los sitios de trabajo libres de cigarrillo sobre el hábito de fumar: revisión sistemática. *British Medical Journal*, 325:188-195.

Forette F y otros (1998). Prevención de la demencia en un estudio aleatorio doble ciego controlado con placebo. *Prueba de Hipertensión Sistólica en Europa (Syst-Eur)*. *Lancet*, 352(9137):1347-1351.

Forette F y otros (2002). La prevención de la demencia con tratamiento antidepressivo: nueva evidencia del estudio de la Hipertensión Sistólica en Europa (Syst-Eur). *Archivos de Medicina Interna*, 162(18):2046-2052.

Frangou S, Murray RM (2000). Estrategias de tratamiento farmacológico. En: *Esquizofrenia*, 2º ed. Londres, Martin Dunitz: 48-59.

Gardenswartz C, Craske M (2001) Prevención del trastorno de pánico. *Terapia de Conducta*, 32(4):725-737.

Geddes JR, Lawrie SM (1995). Complicaciones obstétricas y esquizofrenia: un meta-análisis. *Publicación Británica de Psiquiatría*, 167(6):786-93.

Gordon R (1983). Una clasificación operativa de la prevención de enfermedades. *Informes de Salud Pública*, 98:107—109

Gordon R (1987). Una clasificación operativa de la prevención de enfermedades. En: Steinberg JA, Silverman MM, eds. *Previendo los trastornos mentales: una perspectiva de estudio*. Rockville, MD, Departamento de Salud y Servicios Humanos: 20—26.

Greenberg MT, Kusché CA (1998). Intervenciones preventivas para niños sordos de edad escolar: el plan de estudios PATHS. Publicación de Estudios de Sordos y Educación para Sordos, 3(1):49-63.

Greenberg MT y otros (1995). Promoviendo la capacidad emocional en niños de edad escolar: los efectos del plan de estudios PATHS. Desarrollo y Psicopatología, 7:117-136.

Haight BK, Michel Y, Hendrix S (1998). Revisión de vida: Previendo la desesperanza en residentes que acaban de ser reubicados en casas de reposo: Efectos a corto y largo plazo. Publicación Internacional de Envejecimiento y Desarrollo Humano, 47(2):119-142.

Hawkins JD, Catalano RF, Arthur MW (2002). Promoviendo en las comunidades, la prevención basada en ciencia. Conductas Adictivas, 27(6):951-976.

Hawkins JD, von Cleve E, Catalano Jr RF (1991). Reduciendo la agresión en la infancia temprana: Resultados de un programa de prevención primaria. Publicación de la Academia Americana de Psiquiatría de Niños y Adolescentes 30(2):208-217.

Heaney CA, Price RH, Rafferty J (1995a). El Programa de Apoyo a los Proveedores de Cuidado Personal: una intervención y fortalecimiento de la salud mental. En: Murphy LR y otros, eds. Estrés laboral. Washington DC, Asociación Americana de Psicología: 93-108.

Heaney CA, Price RH, Rafferty J (1995b). Aumentando los recursos para manejarse exitosamente en el trabajo: un experimento de campo para aumentar el apoyo social, mejorar el funcionamiento del equipo de trabajo y fortalecer la salud mental del empleado. Publicación de Conducta Organizacional, 16:335-352.

Herrman H, Saxena S, Moodie R (2004). Promoviendo la salud mental: conceptos, evidencia emergente, práctica. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.

Hingson R y otros (1996). Evitar conducir bajo los efectos del alcohol en Massachusetts: El programa salvando vidas. Publicación Americana de Salud Pública, 86(6):791-797.

Hoefnagels C (2005). Previendo el abuso y abandono infantil. En: Hosman C, Jané-Llopis E, Saxena S, eds. Prevención de trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas. Oxford, Oxford University Press.

Hosman C, Jané-Llopis E, Saxena S, eds. Prevención de los trastornos alimenticios. En: Hosman C, Jané-Llopis E, Saxena S, eds. Prevención de los trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas. Oxford, Oxford University Press

Hosman C, Dadds M, Raphael B (2005). Prevención de los trastornos de ansiedad. En: Hosman C, Jané-Llopis E, Saxena S, eds. Prevención de trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas. Oxford, Oxford University Press.

Hosman C, Jané-Llopis E (1999). Retos políticos 2: salud mental. En: Unión Internacional para la Promoción de Salud y Educación. La evidencia de la efectividad de la promoción de la salud: forjando la salud pública en una nueva Europa. Bruselas, ECSC-EC-EAEC: 29-41

Hosman C, Jané-Llopis E (2005). Efectividad y evidencia: niveles y perspectivas. En: Hosman C, Jané-Llopis E, Saxena S, eds. Prevención de trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas. Oxford, Oxford University Press

Hosman C, Jané-Llopis E, Saxena S eds (2005). Prevención de trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas. Oxford, Oxford University Press

Hosman C, Wasserman D, Bertelotte J (2005). Prevención del suicidio. En: Hosman C, Jané-Llopis E, Saxena S, eds. Prevención de trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas. Oxford, Oxford University Press

Ingram RE, Price JM, eds (2000). Manual de la vulnerabilidad a la psicopatología: riesgo a lo largo de la vida. Nueva York, Guilford.

Instituto de Medicina (1989). Administración de utilización por parte de terceros: Controlando costos y cambiando la atención del paciente? El rol de la administración de utilización. Washington DC, Instituto de Medicina.

Jablensky A, Kalaydjieva L (2003). Epidemiología genética de la esquizofrenia: Fenotipos, factores de riesgo y conducta reproductiva. Publicación Americana de Psiquiatría 160(3):425-429.

Jablensky A y otros. (2000). Trastornos psicológicos en áreas urbanas: una perspectiva del estudio en trastornos de prevalencia baja. Publicación de Psiquiatría de Australia y Nueva Zelanda, 34:221-236

Jané-Llopis E, Muñoz R, Patel V (2005). Prevención de la depresión y la sintomatología depresiva. En: Hosman C, Jané-Llopis E, Saxena S, eds. Prevención de trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas. Oxford, Oxford University Press.

Jané-Llopis E y otros. (2003). Factores de predicción de la eficacia en la prevención de la depresión: Meta-análisis. Publicación Británica de Psiquiatría, 183:384-397.

Jané-Llopis E y otros. (2005). Envejecer manteniendo la salud mental. En: Hosman C, Jané-Llopis E, Saxena S, eds. Prevención de trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas. Oxford, Oxford University Press.

Johannessen JO y otros. (2001). Estrategias de detección temprana para primeros episodios psicóticos no tratados. *Investigación de Esquizofrenia*, 51:39-46.

Johnson CA y otros (1990). Efectividad relativa de los programas comunitarios integrales para la prevención del abuso de drogas con adolescentes en alto riesgo y bajo riesgo. *Publicación de Consultoría y Psicología Clínica*, 58:447-456.

Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA, eds (1994). Sinopsis de Kaplan y Sadock de psiquiatría: ciencias, psiquiatría clínica, 7º ed. Baltimore, Williams y Wilkins.

Keel PK, Leon GR, Fulkerson JA (2001). Vulnerabilidad a los trastornos alimenticios en niños y adolescentes. En: Ingram RE, Price JM, eds. Vulnerabilidad a la psicopatología: Riesgos a lo largo de la vida. Nueva York, Guilford: 390-411.

Kellam SG y otros (1994). El curso y la moldeabilidad de la conducta agresiva desde principios de primer grado hasta la escuela media: resultados de una prueba preventiva de desarrollo basada en epidemiología. *Publicación de Psicología y Psiquiatría Infantil y Disciplinas Afines*, 35:259-281.

Kenkel D, Chen L (2000). Información del usuario y uso del tabaco. En: Jha P, Chaloupka F, eds. Control del tabaco en países en desarrollo. Oxford, Oxford Publicaciones Médicas: 177-214.

Killackey E y otros (2005). Prevención temprana de la psicosis. En: Hosman C, Jané-Llopis E, Saxena S, eds. Prevención de trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas. Oxford, Oxford University Press.

Kupfer DJ, Frank E, Perel JM (1989). Las ventajas de la intervención de tratamiento temprano en depresión recurrente. *Archivos de Psiquiatría General*, 46(9):771-5.

Kurth C y otros. (1995). La gravedad de las dietas y conductas excesivas en mujeres universitarias: Validación de los datos de encuestas. *Publicación de Investigación Psiquiátrica*, 29(3):211-225.

Lancaster T, Stead LF. Consejería de conducta individual para dejar de fumar (Revisión por Cochrane). En: The Cochrane Library, Edición 2, 2004. Oxford: Softwar Actualizado.

Larsen TK y otros. (2001). Reducción de la duración del primer episodio de psicosis: cambios en las características del paciente durante el tratamiento. *Publicación Americana de Psiquiatría*, 158:1917-1919

Leenars A (2001). Controlando el ambiente para prevenir el suicidio. En: Wasserman D, ed. Suicidio, una muerte innecesaria. Londres, Martin Dunitz: 259-264.

Li F y otros (2001). Fortaleciendo el bienestar psicológico de los ancianos a través del ejercicio Tai Chi: Un análisis de curva de crecimiento latente. *Ejemplificación de Ecuación Estructural*, 8(1):53-83.

Litz BT y otros (2002). Intervención temprana para el trauma: Estatus actual y direcciones futuras. *Psicología Clínica: Ciencia y Práctica*, 9(2):112-134.

Loebel AD y otros (1992). Duración de la psicosis y resultado en el primer episodio de esquizofrenia. *Publicación Americana de Psiquiatría*, 149(9):1183-1188.

Lowry-Webster HM, Barrett PM, Dadds MR (2001). Una prueba de prevención universal de la ansiedad y sintomatología depresiva en la infancia: datos preliminares de un estudio australiano. *Cambios de Conducta*, 18(1):36-50.

Lucas AR y otros (1991). Tendencias de 50 años en la incidencia de la anorexia nerviosa en Rochester, Minn.: Un estudio basado en población. *Publicación Americana de Psiquiatría*, 148(7):917-922.

Majcher D, Pollack MH (1996). Trastornos de ansiedad en la infancia. En: Hechtman, Trokenberg L, eds. ¿Lo llegan a superar? Resultados a largo plazo de los trastornos infantiles. Washington, DC, Asociación Americana de Psiquiatría: 139-169

McGorry RD y otros (2002). Prueba aleatoria controlada de intervenciones diseñadas para reducir el riesgo de la progresión al primer episodio de psicosis en una muestra clínica con síntomas sub-umbrales. *Archivos de Psiquiatría General*, 59:921-8.

McGorry RD, Singh BS (1995). Riesgo de esquizofrenia y posibilidad de prevención. En: Raphael B, Burrows GD, eds. Manual de estudios sobre psiquiatría preventiva. Amsterdam, Levier.

McNeil TV (1995). Factores de riesgo prenatal y esquizofrenia: revisión selectiva e inquietudes metodológicas. *Revisiones Epidemiológicas*, 17(1):107-12

Miller TJ y otros (2002). Diagnóstico prospectivo del pródromo inicial para esquizofrenia basado en la Entrevista Estructurada para Síndromes Prodrómicos: evidencia preliminar de confiabilidad y validez predictiva. *Publicación Americana de Psiquiatría*, 159:863-865.

Montgomery SA, Dunner DL, Dunbar GC (1995). Reducción de los pensamientos suicidas con paroxetina en comparación con antidepresivos de referencia y placebo. *Eur Neuropsicofarmacología*. 5:5-13.

Moon L, Meyer P, Grau J (1999). Jóvenes de Australia: su salud y bienestar. Canberra, Instituto Australiano de Salud y Bienestare

Morrison AP y otros (2002). Prueba aleatoria controlada de detección temprana y terapia cognitiva para prevenir la transición a la psicosis en individuos en alto riesgo. Diseño del estudio y análisis provisional del índice de transición y los factores de riesgo psicológico. *Publicación Británica de Psiquiatría Supl.*, 43:s78-84.

Moyer A y otros (2002). Intervenciones para problemas de alcohol: una revisión meta-analítica de investigaciones controladas en las poblaciones que buscan tratamiento y poblaciones que no buscan tratamiento. *Adicción*, 97:279-92.

Mulrow CD y otros. (1990). Cambios en la calidad de vida y dificultades de aprendizaje. Una prueba aleatoria. *Anales de Medicina Interna*, 113(3):188-94.

Mrazek PJ, Haggerty RJ, eds (1994). Reduciendo los riesgos para trastornos mentales: Fronteras para la investigación de intervención preventiva. Washington, National Academy Press.

Murray CJL, Lopez AD (1996). La carga global de la enfermedad: una evaluación integral de la mortalidad y discapacidad de las enfermedades, lesiones y factores de riesgo en 1990 proyectado al 2020. Ginebra, Banco Mundial, Organización Mundial de la Salud y Escuela Harvard de Salud Pública.

Murray CJL y otros (2001). Proyecto 2000 de la carga global de la enfermedad: objetivos, métodos y fuentes de datos. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.

Musisi S, Mollica R, Weiss M (2005). Apoyando a refugiados y víctimas de guerra. En: Hosman C, Jané-Llopis E, Saxena S, eds. Prevención de trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas. Oxford, Oxford University Press.

O'Dea JA, Abraham S (2000). Mejorando la imagen corporal, actitudes alimenticias y comportamiento de jóvenes adolescentes de ambos sexos: Un nuevo enfoque educativo que se concentra en la autoestima. *Publicación Internacional de Trastornos Alimenticios*. 28(1):43-57.

Olds DL (1997). El Proyecto Prenatal/Infancia Temprana: quince años más tarde. En: Albee GW, Gullotta TP, eds. La prevención primaria funciona. Thousand Oaks, USA, Sage: 41-67.

Olds DL y otros (1997). Efectos a largo plazo de las visitas al hogar durante el período maternal y el abuso y abandono de menores: seguimiento de quince años de una prueba aleatoria. *Publicación de la Asociación Americana de Medicina*, 278(8):637-643.

Olds DL y otros (1998). Efectos a largo plazo de las visitas al hogar en la conducta delictiva y antisocial infantil. Un seguimiento de 15 años de una prueba aleatoria. *Publicación de la Asociación Americana de Medicina*, 280(8):1238-1244.

Olweus D (1989). Problemas de niños en edad escolar que intimidan o son víctimas de intimidación por parte de compañeros: Hechos básicos y efectos de un programa de intervención realizado en la escuela. En: Rubin K & Heppler D, eds. El desarrollo y tratamiento de la agresión infantil. Hillsdale, NJ, Erlbaum: 411-448.

Patel V, Jané-Llopis E (2005). Pobreza, exclusión social y grupos en desventaja. En: Hosman C, Jané-Llopis E, Saxena S, eds. Intervenciones efectivas y opciones de políticas. Oxford, Oxford University Press.

Patton G (1996). Un caso epidemiológico para una psiquiatría de adolescente separada? *La Publicación de Psiquiatría de Australia y Nueva Zelanda*, 30(5):563-566.

Phelps L, Wilczenski F (1993). Inventario de trastornos— 2: Dimensiones cognitivas-conductuales con adolescentes no clínicos. *Publicación de Psicología Clínica*, (49):508-515

Pratt BM, Woolfenden SR (2003). Intervenciones para prevenir trastornos alimenticios en niños y adolescentes (Cochrane Review). En: La Biblioteca Cochrane Library, Edición 2, 2003. Oxford, Software Actualizado.

Price R, Kompier M (2005). Trabajo, estrés y desempleo. En: Hosman C, Jané-Llopis E, Saxena S, eds. Intervenciones efectivas y opciones de políticas. Oxford, Oxford University Press.

Ramey CT, Yeates KO, Short EJ (1984). La plasticidad del desarrollo intelectual: comprensión de las intervenciones preventivas. *Desarrollo Infantil*, 55:1913-1925.

Ranson K y otros (2000). La efectividad y rentabilidad de los aumentos del precio y otras políticas de control del tabaco. En: Jha P, Chaloupka F, eds. Control de tabaco en países en desarrollo. Oxford, Publicaciones Médicas Oxford: 427-447.

Reid JB y otros (1999). Descripción e impactos inmediatos de una intervención preventiva para problemas de conducta. *Publicación Americana de Psicología Comunitaria*, 27(4):483-517.

Riemsma RP y otros (2002). Educación del paciente para adultos con artritis reumatoidea Revisión Cochrane. En: La Biblioteca Cochrane, Edición 4. Oxford, Software Actualizado.

Rispens J, Aleman A, Goudena PP (1997). Prevención de la victimización por el abuso sexual: un meta análisis de los programas escolares. *Abuso y Abandono de Menores*, 21:975-987.

Rutter M (1985). Fortaleza contra la adversidad. *Publicación Británica de Psiquiatría*, 147:598-561.

Rutz W, von Knorring L, Walinder J (1992). Efectos a largo plazo de un programa educativo para médicos generales impartido por el Comité de Suecia para la Prevención y el Tratamiento de la Depresión. *Acta Psiquiátrica Scandinavica*, 85:83-88.

Sackett DL y otros. (1996). Medicina basada en evidencia: lo que es y lo que no es. Publicación Médica Británica, 312:71-72.

Saffer H (2000). Publicidad y promoción del tabaco. En: Jha P, Chaloupka F, eds. Control del tabaco en países en desarrollo. Oxford, Publicaciones Médicas Oxford 215-236.

Saffer H, Dave D (2002). Consumo de alcohol y prohibiciones de publicidad de bebidas alcohólicas. Economía Aplicada, 30: 1325-34.

Sanders MR, Montgomery D, Brechman-Toussaint M (2000). Medios de comunicación y la prevención de los problemas de conducta en niños. Publicación de Psicología y Psiquiatría Infantil, 41:939-948.

Sanders MR, Turner KM, Markie-Dadds C (2002). El desarrollo y la diseminación del programa Triple P: — Programa Positivo para Padres: Un sistema multinevel, basado en evidencia de preparación para los padres y apoyo familiar. Ciencia de Prevención, 3(3):173-179.

Sandler I, Ayers T, Dawson-McClure S (2005). Enfrentando la desintegración familiar: divorcio y duelo. En: Hosman C, Jané-Llopis E, Saxena S, eds. Intervenciones efectivas y opciones de políticas. Oxford, Oxford University Press.

Sandler IN y otros (2003). El programa de duelo familiar: evaluación de la eficacia de un programa de prevención con base teórica para niños y adolescentes que sufren por la muerte del padre/madre muerto/a. Publicación de consultoría y psicología clínica, 71(3):587-600.

SANE (2002). Costos de la esquizofrenia: un análisis de la carga de la esquizofrenia y el suicidio relacionado en Australia. SANE Australia.

Schweinhart LJ, Weikart DP (1997). El estudio de comparación del plan de estudios preescolar de alto alcance hasta los 23 años. Publicación Trimestral de Estudios de Infancia Temprana, 12 (2):117-143

Shapiro A, Taylor M (2002). Efectos de un programa de intervención temprana en bienestar subjetivo, institucionalización y mortalidad de ancianos de bajos ingresos. Gerontólogo, 42(3):334-341

Shisslak CM, Crago M, Estes LS (1995). El espectro de las alteraciones alimenticias. Publicación Internacional de Trastornos Alimenticios, 18:209-219

Shure MB (1997). Solución de problemas cognitivos interpersonales: Prevención primaria de conductas tempranas de alto riesgo en los años preescolares y primarios. En: Albee GW, Gullotta TP, eds. La prevención primaria funciona. Asuntos en la vida de niños y familias. Vol. 6. Thousand Oaks USA, Publicaciones Sage: 239-267

Shure MB, Spivack G (1988). Solución de problemas cognitivos interpersonales. En: Price RH y otros, eds. 14 onzas de prevención; un diario para médicos. Washington DC, Asociación Americana de Psicología: 69-82.

Silagy C y otros (2004). Terapia de reemplazo de nicotina para dejar de fumar (Revisión de Cochrane). En: La Biblioteca Cochrane, Edición 2. Oxford, Software Actualizado.

Shochet y otros. (2001). La eficacia de un programa universal basado en la escuela para prevenir la depresión de los adolescentes. Publicación de Psicología Clínica Infantil, 30(3):303-315.

Sorensen S, Pinquart M, Duberstein P (2002). ¿Cuán efectivas son las intervenciones con los proveedores de cuidado personal? Un meta análisis actualizado. Gerontólogo, 42(3):356-72.

Stevens N, van Tilburg T (2000). Estimulando la amistad en los últimos años: Una estrategia para reducir la soledad en las ancianas. Gerontología Educativa , 26(1):15-35.

Thomson H, Petticrew M, Morrison D (2001). Intervenciones de vivienda y salud — una revisión sistemática. Publicación Médica Británica, 323:187-190.

Tondo L, Jamison KR, Baldessarini RJ (1997). Efecto del mantenimiento con litio en la conducta suicida de los principales trastornos del estado de ánimo. Anales de la Academia de Ciencias de Nueva York, 836:339-351.

Torrey EF, Bowler AE, Clark K (1997). Nacimiento y residencia en áreas urbanas como factores de riesgo para la psicosis: un análisis de datos de 1880. Investigación sobre Esquizofrenia, 25(3):169-76.

Tremblay RE y otros (1995). Una intervención preventiva bimodal para niños impulsivos en edad de kinder: Su impacto hasta la mitad de la adolescencia. Publicación de Consultoría y Psicología Clínica, 63(4):560-568.

UNICEF (2002). Informe anual 2002 del UNICEF. Nueva York, UNICEF.

van Doesum K, Hosman C, Riksen-Walraven M (en periódico). Una intervención basada en modelo para madres deprimidas y sus infantes. Publicación de Salud Mental Infantil.

van Lier PAC (2002). Previendo la conducta impulsiva en niños de escuela primaria. Disertación, Universidad Erasmus University, Rotterdam.

van Os J, McGuffin P (2003). ¿Puede el ambiente social causar esquizofrenia? Publicación Británica de Psiquiatría, 182(4):291-292.

Villar J y otros. (1992). Una prueba aleatoria de apoyo psicosocial durante embarazos de alto riesgo. La red Latinoamericana para Investigación Prenatal y Reproductiva. Publicación de Nueva Inglaterra de Medicina, 327(18):1266-1271.

Vinokur AD y otros (2000). Dos años después de la pérdida del empleo: impacto a largo plazo del Programa JOBS sobre el reempleo y la salud mental. Publicación de Psicología de Salud Ocupacional, 5(1):32-47.

Vuori J y otros (2002). El programa Työhoön búsqueda de trabajo en Finlandia: Beneficios para los desempleados con riesgo de depresión o desesperanza. Publicación de Psicología de Terapia Ocupacional, 7(1):5-19.

Walker HM y otros (1998). Primer paso hacia el éxito: Un enfoque de intervención temprana para prevenir la conducta antisocial en la escuela. Publicación de Trastornos Emocionales y de Conducta, 6(2):66-80.

Warner R (2001). La prevención de la esquizofrenia: ¿Cuáles intervenciones son seguras y efectivas? Boletín sobre Esquizofrenia, 27(4):551-562.

Webster-Stratton C (1990). Aumentando la efectividad de la capacitación para padres mediante auto administración de videocintas para familias con niños que presentan problemas de conducta. Publicación de Psicología Infantil Anormal, 18(5):479-492.

Webster-Stratton C, Reid MJ (2003). La serie los años increíbles, para la capacitación de padres, maestros y niños. Un enfoque multifacético de tratamiento para niños jóvenes con problemas de conducta. En: Kazdin AE, ed. Psicoterapias basadas en evidencia para niños y adolescents. Nueva York, Guilford Press: 224-240.

Webster-Stratton C, Reid MJ, Hammond M (2001). Previnendo los problemas de conducta, promoviendo el desenvolvimiento social: Una alianza de capacitación para padres y maestros en Head Start. Publicación de Psicología Comunitaria, 30(3):283-302.

OMS (1997). La Declaración de Yakarta sobre la promoción de la salud hacia el siglo XXI. Ginebra, Organización Mundial de la Salud

OMS (1998). Prevención primaria de los trastornos mentales, neurológicos y psicosociales. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.

OMS (1999). Un enlace crítico: intervenciones para el crecimiento físico y desarrollo infantil. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.

OMS (2001a). Documentos básicos. 43ª ed. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, :1.

OMS (2001b). El informe sobre la salud en el mundo 2001: Salud mental: Nuevo entendimiento, nueva esperanza. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.

OMS (2002a). Prevención y promoción en salud mental: evidencia e investigación. Ginebra, Departamento de Salud Mental y Adicción a Sustancias.

OMS (2002b). Prevención del uso de sustancias psicoactivas: Una revisión selectiva de qué funciona en el área de la prevención. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.

OMS (2002c). El informe sobre la salud en el mundo 2002: Reduciendo riesgos, promoviendo un estilo de vida saludable, Ginebra, Organización Mundial de la Salud.

OMS (2004a). Informe de estatus global: Política de alcohol. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.

OMS (2004b). Promoviendo la salud mental: conceptos, evidencia emergente, práctica: informe compendiado. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.

OMS (2004c). OMS CHOICE Análisis de la rentabilidad. Ginebra, Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <http://www3.who.int/whosis/menu.cfm?path=evidence,cea&language=english>.

OMS (2004d). El informe sobre la salud en el mundo 2004: Cambiando la historia. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.

Windsor RA y otros. (1993). Educación sobre salud para fumadoras embarazadas: Su impacto en la conducta y eficacia de costos. Publicación Americana de Salud Pública, 83(2):201-206.

Winzelberg AJ y otros (2000). Efectividad de un programa basado en Internet para reducir los factores de riesgo de desarrollar trastornos alimenticios. Publicación de Consultoría y Psicología Clínica , 68(2):346-350

Wolchik SA y otros (1993). Intervención para la preparación de padres divorciados en la crianza de los hijos: Evaluación de resultados de un programa con base empírica. Publicación Americana de Psicología Comunitaria, 21(3): 293-331

Wolchik SA, y otros (2000). Una evaluación experimental de programas de madres y de madre-hijo basados en teoría para niños de padres divorciados. Publicación de Consultoría y Psicología Clínica, 68(5):843-856.

Wolchik SA y otros (2002). Un seguimiento de seis años de intervenciones preventivas para hijos de divorciados. Una prueba aleatoria controlada. JAMA, 288(15):1874-1881.

Banco Mundial (2000). Informe de desarrollo mundial: atacando la pobreza. Oxford, Oxford University Press.

Young A y otros. (1995). La Clínica PACE: preparación de un servicio clínico para jóvenes en alto riesgo de psicosis. Psiquiatría de Australia, 3:345-349.

Zabinski M y otros. (2001). Reduciendo los factores de riesgo para trastornos alimenticios. Enfocándose en mujeres en riesgo mediante un programa psicoeducativo caracterizado. Publicación Internacional de Trastornos Alimenticios, 29(4):401-408.

Zenere PJ, Lazarus PH (1997). La declinación de conducta suicida de jóvenes en un sistema de escuela pública urbana, multicultural después de introducir un programa de prevención e intervención. Conducta Suicida y Amenazante, 27(4):387-403.

Prevención de los Trastornos Mentales

Prevención de los Trastornos Mentales: Intervenciones Efectivas y Opciones de Políticas resume los programas y políticas internacionales basados en evidencia para prevenir los trastornos mentales y de conducta. Se extraen los siguientes mensajes claves:

1. La prevención de los trastornos mentales es una prioridad de salud pública.
2. Los trastornos mentales tienen múltiples determinantes; la prevención necesita ser un esfuerzo de muchas ramificaciones.
3. La prevención efectiva puede reducir el riesgo de desarrollar trastornos mentales.
4. La implementación debe guiarse sobre la base de evidencia disponible.
5. Los programas y políticas exitosos deben estar ampliamente disponibles.
6. El entendimiento de la evidencia para lograr efectividad necesita mayor expansión.
7. La prevención necesita ser sensitiva a la cultura y a los recursos disponibles en los países.
8. Los resultados basados en la población requieren inversiones de recursos humanos y financieros.
9. La prevención efectiva requiere vínculos intersectoriales.
10. La protección de los derechos humanos es una estrategia esencial para prevenir los trastornos mentales.

