

Expertos Invitados

COMO MEDIR LA INCAPACIDAD DE LOS TRASTORNOS MENTALES UTILIZANDO INSTRUMENTOS GENERICOS



Columnista Experto de SIIIC
Dra. Kristy Sanderson

Postdoctoral Research Fellow, Mental Health/ Public Health

Introducción

Este artículo se basa en investigaciones previas que exploran la asociación de diferentes trastornos mentales con una medida genérica común de funcionamiento y bienestar, el SF- 12 (1). El artículo presente provee una explicación razonada extendida sobre la aplicación de un modelo genérico de incapacidad de la salud mental, y brinda datos adicionales sobre otras medidas genéricas de incapacidad de una encuesta de salud mental nacional llevada a cabo en Australia. Este artículo explora: 1) la incapacidad como un indicador importante del estado de salud no fatal; 2) el papel de modelos genéricos de incapacidad en la medición; y 3) la aplicabilidad de la incapacidad genérica al campo de la salud mental.

La importancia de la incapacidad como indicador de estado de salud no fatal

Las consecuencias no fatales de una enfermedad están ganando cada vez más atención empírica y política, tanto en países desarrollados como en los que están en vías de desarrollo. El estudio *The Global Burden of Disease* (Carga Global de la Enfermedad) ilustró a la población sobre el efecto de muchas afecciones crónicas incapacitantes alrededor de todas las regiones del mundo, incluyendo trastornos mentales comunes como la depresión (2). Existen numerosos términos para describir las consecuencias no fatales, tales como estado de salud, calidad de vida, calidad de vida relacionada a la salud, estado funcional, limitación de la actividad e incapacidad. Todos estos indicadores no fatales, si bien relacionados, pueden estar interviniendo en diferentes componentes de la salud (3-5), por lo que la claridad de conceptos y medidas es esencial. De esta familia de indicadores de estado de salud no fatal, se nombra a la incapacidad como una de las más importantes. «Funcionamiento» define la capacidad de un individuo para llevar a cabo sus actividades diarias, y se separa de otros indicadores de salud tales como dolor, síntomas, satisfacción y calidad de vida. La incapacidad es un eje central para cualquier modelo de estado de salud, ya que el concepto de las personas de lo que es estar sano incluye poder «hacer cosas» (6). La incapacidad, definida como una interrupción de lo que una persona puede realmente hacer, es una medida concreta y fundamental de la importancia de los problemas de salud, con un efecto económico directo (7,8). La incapacidad brinda un marco teórico para definir y medir la inhabilidad de poder «hacer cosas».

Un enfoque genérico a la medición de la incapacidad

El *International Classification of Impairment, Disability, and Handicap* (ICIDH) (9) se basó en modelos de incapacidad genéricos anteriores (ver Verbrugge & Jette) (10) para convertirse en el modelo más ampliamente reconocido de incapacidad general. El ICIDH creó como complemento del *International Classification of Diseases* (ICD) (11): el ICD clasificaba la condición de salud, y el ICIDH clasificaba las consecuencias resultantes. Estas consecuencias se dividían en deterioros, incapacidad y discapacidad. Los deterioros representaban la pérdida de la función de un proceso corporal. La incapacidad representaba la interferencia de estos deterioros en las actividades del paciente. La discapacidad representaba la interferencia en los papeles sociales tomando en cuenta

el ambiente del individuo. En respuesta a las críticas de esta formulación original, el ICIDH fue revisado recientemente (12-14), y se lo refiere ahora como el *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF) (15). El ICF apunta a proveer un «lenguaje y marco estándar y unificado para la descripción de los estados de salud y los relacionados con ésta» (p.1, [15]). No solo se considera al ICF importante en el área de la salud, sino también en varias aplicaciones de la incapacidad: 1) en el nivel *individual*, para la valoración y planeamiento terapéutico; 2) en el nivel *institucional*, para la educación, entrenamiento, planeamiento de recursos, evaluación de resultados, y comunicación entre profesionales; y 3) en el nivel *social*, para los requerimientos de investigación local, regional, nacional e internacional, para informar criterios de elegibilidad para el beneficio de los gobiernos y para la valorización de necesidades. Este modelo genérico, por lo tanto, no sólo provee un lenguaje común en cuanto a la salud sino también en cuanto al potencial uso de la información sobre la incapacidad. Compartir tales características entre los «niveles de uso» es esencial para permitir la transferencia de información a través de las aplicaciones clínicas, poblacionales y de políticas de salud (16,17). Las estructuras definidas por el ICF son deliberadamente «relacionadas con la salud» y se aplican a individuos en un determinado estado de salud. El ICF tiene definiciones específicas para términos comúnmente encontrados. «Funcionamiento» es un término amplio con una connotación positiva que cubre todos los campos hallados en el ICF, es decir, funciones corporales, actividades y participaciones. «Incapacidad» es el término negativamente complementario que cubre los deterioros, limitaciones de actividad y restricciones de participación. La amplitud de esta definición cubre todos los usos históricos del vocablo incapacidad, incluyendo la presencia de déficit físicos, la aplicación concreta de la limitación de la actividad y el reconocimiento de componentes ambientales y sociales en la experimentación de ésta. Para los presentes propósitos, el uso del término incapacidad corresponde a la estructura del ICF con limitación de la actividad y restricción de la participación, y no incluye los deterioros. En la bibliografía de esta materia se refiere de forma más frecuente con este término a la incapacidad, y aquí se mantiene su uso.

La aplicabilidad de la valoración de incapacidad genérica a la salud mental

Una presunción importante en los modelos de incapacidad genérica como el ICF es que la incapacidad es un concepto aplicable en todo lo concerniente a salud y medicina. La psiquiatría ha tenido tradicionalmente un enfoque separado de la descripción y medición de la incapacidad, desarrollando sus propios y únicos instrumentos para valorar las consecuencias funcionales de los trastornos mentales. Esto fue parcialmente consecuencia de que el campo de la incapacidad evolucionaba en respuesta a las necesidades de aquellos con incapacidades físicas permanentes, y por ello los modelos y medidas no eran vistos como capaces de ser aplicables a los déficit funcionales observados en personas con enfermedad mental. Esta separación era también evidente en el campo de la incapacidad legal (18,19). Hoy en día el campo de la incapacidad ha evolucionado y la separación entre incapacidad psiquiátrica y física puede no llegar a ser tan importante. Esto se encuentra plasmado explícitamente en un modelo de incapacidad general, tal como el ICF (12). El ICF sostiene que la incapacidad es un concepto universal que puede ser valorado con un grupo central de dominios de funciones y de actividades, tales como aprender y aplicar el conocimiento, tareas y demandas generales, comunicación, movilidad, cuidado de uno mismo, vida doméstica, interacciones interpersonales, áreas mayores de la vida (por ejemplo, educación, trabajo), y comunidad, vida social y cívica (por ejemplo, recreación, espiritualidad) (15). Las medidas de incapacidad específicas de la psiquiatría incluyen muchos de estos dominios, y los trastornos mentales pueden interferir con todos ellos en distintas medidas. Por ello la real validez de la incapacidad definida por el ICF para la salud mental aparenta ser alta. Una de las consecuencias de un modelo como el del ICF es que no sólo puede ser aplicado para entender la incapacidad entre los trastornos físicos y mentales, sino también dentro de los diferentes tipos de trastornos mentales. Por ello, así como las condiciones físicas han demostrado tener asociaciones únicas y variables con el funcionamiento, también pueden diferentes trastornos mentales demostrar tal variabilidad (20). Evidencia de estudios que utilizan las medidas de incapacidad desarrolladas para su uso con trastornos mentales han mostrado semejante variación (21,22), como era de esperarse. La demostración de una sensibilidad similar con las medidas de incapacidad general apoyarían su uso en el contexto psiquiátrico. Pero si se observara una pequeña variación en la incapacidad entre los diferentes trastornos mentales, su utilidad se vería limitada para entender la incapacidad dentro del campo de la salud mental. La sensibilidad a comparaciones intrapsiquiátricas puede ser investigada determinando qué trastornos poseen una asociación única con la incapacidad, independientemente de otros trastornos mentales concurrentes. Un puñado de estudios ha examinado la asociación única de trastornos mentales individuales, o tipos de ellos, con la incapacidad general (20,23-27). Estos pocos estudios sugieren

que no todos los trastornos mentales se asocian únicamente con la incapacidad luego del control para comorbilidades. La depresión es incapacitante de manera uniforme, con alguna evidencia para la asociación única con trastornos de la ansiedad. Existe evidencia de que los trastornos de uso de sustancias, de todas formas, no contribuyen a variar la incapacidad una vez que la comorbilidad con otros trastornos mentales es tomada en cuenta. Conclusiones similares se han extraído de dos estudios de atención primarios que utilizaban medidas de incapacidad creadas para el uso en el área de salud mental (21,22). Estos pocos estudios proveen alguna indicación de que la incapacidad general puede variar según el diagnóstico del trastorno mental, y que esta variación es similar a la observada con medidas de incapacidad específicas de psiquiatría. Sin embargo, con una excepción (23), ninguno de estos estudios ha investigado la incapacidad en una muestra representativa de una comunidad (tomar en cuenta que los estudios del *National Comorbidity Survey* (26) y su réplica de Ontario (24) se basaron en un subgrupo de población trabajadora, lo cual disminuirá sensiblemente el número de respuestas de incapacitados). Sumado a esto, la mayoría de los estudios cubrieron un espectro limitado de trastornos, con números muy pequeños para algunos de ellos. Además, ningún estudio de población ha investigado la asociación entre los trastornos mentales individuales y la incapacidad para el sistema de clasificación del DSM-IV.

Finalidad del estudio

Este estudio investigó si las medidas generales de incapacidad (aplicables en cualquier condición de salud) podrían ser usadas para discriminar variaciones de la gravedad entre diferentes trastornos mentales, en vez de hacerlo entre los trastornos mentales y los físicos como se hace habitualmente. Si un modelo general de incapacidad puede ser útil dentro de la psiquiatría (como en evaluaciones clínicas o de programas de tratamientos psiquiátricos alternativos) entonces las medidas deberán ofrecer esta discriminación. Este estudio apuntó a: 1) investigar la gravedad comparativa de la incapacidad para un gran número de trastornos mentales del DSM-IV en una muestra de transversal de una comunidad, utilizando un número de diferentes medidas de incapacidad general; 2) investigar qué trastornos mentales se asocian independientemente con la incapacidad luego del control por factores sociodemográficos y comorbilidad.

Métodos

El Australian National Survey of Mental Health and Wellbeing

El *Australian National Survey of Mental Health and Wellbeing* fue una encuesta domiciliaria de trastornos mentales entre adultos, llevada a cabo en todos los territorios y estados de Australia (28). Una muestra estratificada de múltiples etapas de un área residencial incluía personas de 18 años o más (sin límite superior), residentes en hogares privados (quedaron excluidas personas en hospitales, asilos de ancianos, cárceles, etc., y residentes en regiones remotas y poco habitadas del país). Se seleccionaron 13 624 moradas y, en ellas, un adulto fue elegido aleatoriamente para ser encuestado. Respondieron el cuestionario 10 641 personas (tasa de respuesta de 78.1%). Los participantes fueron entrevistados en sus hogares entre mayo y agosto de 1997. Las encuestas fueron conducidas por administradores experimentados del ABS (*Australian Bureau of Statistics*), entrenados para realizar confiablemente la entrevista diagnóstica. La entrevista era completamente computarizada, y los entrevistadores grababan cada respuesta a sus preguntas directamente en el programa. A los participantes se les informó plenamente sobre el propósito y la naturaleza de la entrevista mediante información verbal y escrita. Con los resultados obtenidos por los entrevistadores de la ABS se creó un un archivo de datos sin identificación (*Confidentialized Unit Record File*, CURF).

Valoración de los trastornos mentales

La encuesta incorporaba la versión computarizada del *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI-Auto, versión 2.0) (29). Estudios psicométricos de la versión computarizada administrada por los entrevistadores han demostrado adecuada confiabilidad de la prueba y contraprueba en muestras clínicas (30). Las entrevistas valoraban trastornos afectivos, de ansiedad y de uso de sustancias en los últimos 12 meses (no se realizaron diagnósticos de por vida). Los trastornos afectivos incluían trastorno depresivo mayor, distimia y trastorno bipolar; sin embargo, un error en el programa imposibilitó el uso de la categoría trastorno bipolar. Los trastornos de ansiedad cubiertos eran trastornos de angustia, agorafobia, fobia social, trastorno de ansiedad generalizado, trastornos obsesivos-compulsivos y trastornos por estrés postraumático. Los trastornos por uso de sustancias estaban referidos al alcohol y las drogas. Los trastornos por uso de drogas cubrían el abuso y dependencia de Cannabis, sedantes, anfetaminas y opioides. El abuso de drogas y alcohol se define como abuso sin dependencia. Como este análisis le otorga

importancia a la asociación entre diagnóstico e incapacidad, y la incapacidad era valorada luego de pasadas las 4 semanas (ver más adelante), el diagnóstico también se definió como presente en las 4 semanas pasadas (trastorno corriente o de 1 mes). Para los trastornos afectivos, de ansiedad y de uso de sustancias, se aplicó la clasificación del DSM-IV. Se utilizaron instrumentos de tamizaje para identificar posibles casos de trastornos de la personalidad y de tipo psicótico y neurastenia. Nueve trastornos de la personalidad específicos del ICD-10 (F60.0-60.7) se valoraron con el *International Personality Disorder Examination Questionnaire* (paranoide, esquizoide, antisocial, emocionalmente inestable-impulsivo, emocionalmente inestable-límite, histriónico, anancástico, ansioso, dependiente) (31). La psicosis se valoró con 4 breves preguntas, incluyendo creencias sobre control de pensamiento, ocurrencias de auto referencia y poderes especiales, y si en algún momento un médico le había contado al individuo la posibilidad de tener esquizofrenia (32). El cuestionario de tamizaje de neurastenia valoraba síntomas como sentirse cansado y débil luego de realizar tareas físicas o mentales, lentitud en la recuperación de este cansancio, dolores de cabeza y molestias o dolores musculares (33).

Valoración de la incapacidad

Tres medidas de incapacidad fueron incluidas en la encuesta australiana, produciendo 9 variables de incapacidad. Cada medida valoraba el funcionamiento dentro de las primeras 4 semanas. Formulario Corto 12 (SF-12) de Estudios de Resultados Médicos. El SF-12 valoraba el estado funcional y el bienestar (34,35). Una combinación de escalas de gustos y preguntas de Sí o No determina la interferencia de la salud física y mental para realizar actividades diarias (8 ítem que cubren actividades físicas moderadas, subir varios tramos de escaleras, lograr menos de lo deseado, no hacer trabajos o actividades con los cuidados habituales, interferencias en las actividades sociales, interferencia del dolor), el estado de bienestar general del individuo (3 puntos que consideran sentirse calmo y apacible, descorazonado, tener mucha energía), y un sólo ítem para valorar el estado de salud total. Estos 12 puntos se resumieron en 2 escalas compensadas resumidas (MCS, *mental summary scale*, escala resumen mental; PCS, *physical summary scale*, escala resumen física) y, en la población, se dio puntajes para tener una media de 50 y un desvío estándar de 10. Puntajes menores indicaban peor funcionamiento. Breve Cuestionario de Incapacidad (Brief Disability Questionnaire, BDQ). El BDQ valoraba limitaciones con 11 puntos, utilizando una escala de respuestas de 3 puntos (no, para nada; sí, a veces o un poco; sí, moderadamente o definitivamente). Seis puntos cubrían las actividades físicas y de cuidado propio (actividad vigorosa y moderada, subir escaleras, comer, vestirse y bañarse) y 5 puntos relacionados al cumplimiento de papeles sociales (hobbies, expectativas familiares, motivación laboral, eficacia personal, relaciones sociales). Como el BDQ es un derivado de un precursor del SF-36 (36), es similar en contenidos al SF-12. De todas formas provee una interesante comparación ya que se le otorga un puntaje a la suma de los 11 ítems y no utiliza puntajes de escalas compensadas como el SF-12 (BDQ total: puntaje mínimo de 0, máximo de 22, los puntajes más alto indican peor incapacidad). Tiene buena coherencia interna (α de Cronbach = 0.88) (37). También se pueden calcular dos subescalas, similares a la SF-12: una subescala de funcionamiento base, que representa la suma de los 5 ítems de funcionamiento básicos (BDQ base: mínimo de 0 y máximo de 10), y una subescala de funcionamiento físico, representando la suma de 6 ítems de funcionamiento (BDQ física, un mínimo de 0 y máximo de 12) (38). Dos preguntas adicionales en el BDQ son una variante de la medida de días de incapacidad: "¿Cuántos días en total no pudo Usted llevar a cabo sus actividades diarias por completo?" (BDQ Días de Incapacidad) y "¿Cuántos días en total permaneció Usted en cama todo el día o la mayor parte de él, debido a enfermedad o lesiones?" (BDQ Días en Cama). La amplitud de los puntajes va de 0 a 28 para ambos ítems. Días de Incapacidad. La segunda medida de días de incapacidad es similar a la usada en el *US National Comorbidity Survey* (descrito en Kessler & Frank) (26) y hace dos preguntas: "¿Cuántos días de las pasadas 4 semanas estuvo Usted totalmente incapacitado para trabajar o para realizar sus actividades normales por culpa de su salud?" (días de pérdida total), y "Aparte de esos días, ¿cuántos días en las pasadas 4 semanas pudo Usted realizar su trabajo y sus actividades normales, pero tuvo que parar en sus tareas, o no realizó tanto como lo habitual debido a su salud?" (días acortados). La amplitud de los puntajes era de 0 a 28 días para ambos ítems. Estas preguntas son mutuamente excluyentes y se pueden sumar para crear una medida total de días de incapacidad.

Otras variables

Las características de la población se valoraron con preguntas estándar del ABS. Ellas incluían sexo, edad, estado migratorio y lenguaje, concurrencia educacional, estado de fuerza laboral y estado marital. Se generó la clasificación geográfica (urbana, extensa rural, pequeña rural,

remota) de acuerdo con la locación geográfica de cada entrevistado. La presencia de 12 estados de salud comunes se valoró con una lista de Sí/No (asma, bronquitis crónica, anemia, presión arterial elevada, problemas cardíacos, artrosis, enfermedad renal, diabetes, cáncer, úlcera gástrica o duodenal, problemas de vesícula o hígado, hernia o eventración).

Análisis

Todas las proporciones y puntajes medios representan valores ponderados, para contar con la probabilidad de selección entre los hogares y para cumplir con la distribución de sexo y edad de la población adulta de Australia. Se estimaron la varianzas de las proporciones y los coeficientes de regresión utilizando repetidamente réplicas *jackknife* para tomar en cuenta el diseño complejo de la encuesta (mediante SUDAAN versión 7.5.3). El nivel de significación se estableció en 0.05. Los valores medios estaban presentes en cada uno de los 9 indicadores de incapacidad para propósitos descriptivos. Sin embargo, el análisis se restringió a aquellos con mayor relación con los trastornos mentales, ya que es de esperar que ofrezcan mayor potencial de discriminación entre trastornos mentales individuales (Escala de Resumen De Salud Mental SF-12, la escala de Funcionamiento Base del BDQ y Puntaje Total, y los Días de Incapacidad). Se analizaron todas las medidas de incapacidad como variables continuas. Sumado a esto, el SF-12 también fue analizado en forma inicial de manera descriptiva como una variable de 4 categorías. Esto se hizo para explorar gráficamente la variabilidad en el funcionamiento entre los diferentes trastornos mentales. Se eligió el SF-12 MCS ya que tenía un precedente con el cual seleccionar los niveles de severidad. Ware y col. (39) (p.7:6) informaron una separación por categorías de 9 niveles en estudios de validación del SF-36. Esto se adaptó en el análisis presente para proveer los siguientes 4 niveles de severidad: 1) sin incapacidad, 50 o más, 2) incapacidad leve, 40 o menos de 50, 3) incapacidad moderada, 30 o menos de 40 y 4) incapacidad severa, menos de 30. Los relatos de incapacidad se examinaron en la muestra entera de la población (N=10641). Esto ofreció un examen de la importancia de los trastornos mentales individuales en la predicción de la incapacidad en la comunidad. Primero se examinó la incapacidad de cada desorden mediante puntajes medios y coeficientes de regresión bivariada (de regresiones lineales bivariadas). Los coeficientes proporcionaron los aumentos/decrementos en los puntajes de incapacidad esperados (dependiendo de la dirección de la medida) para cada trastorno en comparación con las personas sin este último. Luego se llevaron a cabo análisis de regresiones lineales múltiples para examinar la fuerza de la asociación entre incapacidad y los diagnósticos individuales cuando se controlaron otros factores. Este análisis también proporciona el decremento esperado en los puntajes de incapacidad para cada diagnóstico, pero controla la influencia de variables socio demográficas y comorbilidad con otras condiciones mentales y físicas crónicas. Las variables de trastornos (físicos y mentales) se ingresaron como variables dicotómicas (presente contra ausente). Ya que todos los trastornos se ingresaban en el modelo, la importancia de los trastornos individuales era en relación con personas sin un estudio de trastornos.

Resultados

Prevalencia de la severidad de la incapacidad utilizando el SF-12 MCS

En la figura 1 se presenta la distribución entre 4 niveles de severidad de la incapacidad tal cual se define en el MCS. Pocas personas sin trastornos mentales (7%) notificaron incapacidad moderada a severa. En contraste, casi la mitad (43%) de las personas con algún tipo de trastorno actual informó incapacidad de esa índole. La incapacidad varió de manera sustancial de acuerdo con el diagnóstico de distintos trastornos mentales individuales. Esta fue particularmente prominente en los trastornos afectivos, de angustia, por estrés postraumático y trastornos de la ansiedad generalizados. Todas las categorías tenían alguna persona que no comunicaba incapacidad, la menor cantidad en los trastornos afectivos (6%), y la mayor en el uso de sustancias (47%). Como se informó previamente, este método de distintas categorías del MCS provee una interpretación potencialmente útil de estas medidas, ya que se encontró que los niveles se correlacionaban en la dirección esperada con otros indicadores de incapacidad. (Sanderson & Andrews, 2002). Por ejemplo, la fuerza de la asociación con esos indicadores se incrementaba a medida que el nivel de severidad MCS aumentaba, sugiriendo que las categorías representaban distintos niveles de severidad. Sumado a esto, un puntaje severo en el MCS (menor de 30), independientemente de un diagnóstico específico, se asoció con gran aumento en la posibilidad de tener uno o más trastornos mentales, y de haber buscado ayuda en un profesional de la salud mental. Las personas clasificadas como poseedoras de una incapacidad moderada o severa en el MCS tenían un incremento de 5-9 veces en la posibilidad de comunicar alguna incapacidad en días respectivos y

[Figura 1.](#)

Incapacidad por diagnóstico de trastorno mental individual

La tabla 1 provee los valores medios no ajustados de cada una de las medidas de incapacidad para 15 trastornos mentales y de uso de sustancias. La tabla 2 proporciona el decremento esperado en los puntajes para cada diagnóstico en comparación con las personas sin ese diagnóstico (coeficientes de regresión no estandarizados de análisis de regresión lineal). En general, todos los trastornos mentales y por uso de sustancias se asociaron con peor funcionamiento que en personas sin cada trastorno, en al menos una de las medidas de incapacidad. Específicamente, todos los trastornos individuales afectivos y de ansiedad, sumados a los trastornos de personalidad y neurastenia, se asociaron fuertemente con peor incapacidad entre todas las medidas ($p < 0.001$). El aumento en la severidad de la depresión se asoció con el incremento en la incapacidad. También se observaron fuertes asociaciones entre dependencia de alcohol y drogas (MCS y BDQ base) y psicosis (en el MCS solamente).

[Tabla 1.](#)

[Tabla 2.](#)

Incapacidad única atribuible a trastornos individuales

La única asociación entre trastornos individuales con incapacidad se investigó con modelos de regresión lineal multivariada de los predictores de cada medida de incapacidad en el total de la muestra de la población (ver tabla 3). Luego de controlar para otros factores y trastornos, el decremento esperado en los puntajes de incapacidad no es tan importante como el observado en la tabla 2; sin embargo, muchos trastornos permanecen aún significativamente asociados con peor incapacidad. Esto sugiere que la asociación aparente de algunos trastornos con peor incapacidad es debida a otros factores. Los trastornos mentales individuales con relación independiente a pobre funcionamiento entre todas las medidas de incapacidad ($p < 0.001$ para la mayoría de las medidas) incluían depresión leve, moderada y severa, trastornos de ansiedad generalizados, neurastenia y cualquier trastorno de la personalidad. La distimia y la agorafobia fueron importantes ($p < 0.05$) en las medidas BDQ base y BDQ total, la dependencia de alcohol ($p < 0.05$) en el MCS y BDQ base, y dependencia de drogas en el BDQ base ($p < 0.05$). Seis trastornos no contribuyeron de forma única a la variación de incapacidad para cada medida (fobia social, trastornos de pánico, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno por estrés postraumático, abuso de drogas y psicosis). Un trastorno, el abuso de alcohol, se asoció en realidad con funcionamiento notablemente mejor ($p < 0.01$) (en días de incapacidad) que el de personas sin trastornos del estudio. En el resultado general, la escala BDQ base obtuvo la mayor relación entre los trastornos mentales con asociaciones significativas con 8 de los 10 trastornos en el modelo de multivariado, en comparación con los 5 trastornos para el MCS y días de incapacidad, y 6 para el BDQ total.

[Tabla 3.](#)

Discusión

Revisión de los hallazgos

Hemos demostrado previamente que una medida de incapacidad general, la SF-12 MCS, mostró variaciones entre diferentes trastornos mentales (1). El estudio presente ha demostrado que otras medidas de incapacidad genéricas muestran un patrón similar. Esta variación es muy similar a la observada en otros estudios que utilizan dichas medidas (20,23-27). Algo tal vez más importante es que el patrón de incapacidad replica aquel visto cuando se utilizan medidas psiquiátricas específicas (21,22), y la variación en la incapacidad entre los trastornos mentales es similar a la variación vista entre los trastornos físicos usando medidas genéricas (por ejemplo, #20 y #40). Es por ello que la información de las medidas de incapacidad general está de acuerdo con el marco de la "incapacidad psiquiátrica" en función de la información que ellos proveen, y la información clave provista por tales medidas específicas no se pierde cuando se usan medidas genéricas (41). En términos de los descubrimientos para trastornos específicos mentales, aquí se reprodujo la fuerte asociación independiente de depresión e incapacidad (20,21,25,42). Mientras que la fuerte relación entre depresión y el MCS puede encontrarse "inflada" debido a la inclusión de un ítem relacionado

a la depresión en el MCS, la observación de que la depresión fue significativamente más alta en todas las otras medidas de incapacidad sugiere que ésta no es una propensión tan fuerte. Sin embargo, esta uniformidad dentro de las medidas puede sugerir que la asociación se efectúa mediante la propensión negativa de la depresión. La encuesta nacional utilizó solamente medidas de incapacidad de notificación individual propia, y por ello no fue posible investigar en este estudio esta posible propensión (43-45) a través de comparaciones de medidas catalogadas por el entrevistador. Sin embargo, como se mencionó anteriormente, otras evidencias sugieren que tanto las medidas de notificación individual como las catalogadas por entrevistadores producen las mismas conclusiones sobre la relación entre depresión e incapacidad (22,46-48). Es probable que la depresión sea un trastorno muy incapacitante, pero que la severidad de la incapacidad puede estar sobrestimada hasta cierto punto cuando un individuo se encuentra en un estado actual de depresión. A qué punto la incapacidad es sobrestimada debe ser evaluado con investigaciones específicas.

La asociación de los trastornos de ansiedad con la incapacidad comunicados en estudios previos (49-51) estuvo influida por la comorbilidad en el presente estudio. Mientras que todos los trastornos se asociaron fuertemente con la incapacidad en asociaciones de 2 variables, solo los trastornos de ansiedad generalizada y la agorafobia permanecieron asociados de manera importante cuando se tomaban en cuenta la comorbilidad y otros factores. La asociación única de agorafobia (pero no de trastornos de angustia) es congruente con la visión de que la evitación en este trastorno es consecuencia del miedo a las crisis de angustia y por ello es más incapacitante que los trastornos de angustia. Mientras que este último obtiene un puntaje de incapacidad media más severo que la agorafobia, es posible que esta severidad se deba a la comorbilidad con la depresión (49) en vez de ser consecuencia de los mismos síntomas de angustia. La dependencia del alcohol, pero no su abuso, se asoció de forma única con incapacidad, replicando los hallazgos anteriores utilizando el SF-36 para esos trastornos en un ambiente de atención primaria (52). Una sorpresa del modelo de multivariado fue el mejor funcionamiento en la medida de los días de incapacidad para aquellos que abusaban de alcohol (pero no hubo asociación con las otras medidas de incapacidad). Spitzer y col. (20) también demostraron un resultado similar para (probable) abuso/dependencia de alcohol, con un informe de este grupo de 4.1 días de mejor funcionamiento, aunque no llegó a ser importante; no hubo asociación o tendencia con las otras medidas (subescalas del SF-20). Es posible que sea una anomalía en la medición de los días de incapacidad, ya que en ambos estudios, el de Spitzer y col. (20) y el presente, estos hallazgos no se observaron con otras medidas. Este resultado no se puede interpretar aún, pero un hallazgo similar en dos estudios independientes impone la futura investigación en la auto percepción de días fuera de su papel para las personas con criterios de abuso de alcohol. La dependencia de drogas, pero no su abuso, se asoció de forma única con incapacidad. Estos resultados clarifican informes anteriores de atención primaria sobre la asociación única entre la incapacidad y los trastornos de uso de sustancias en general (21), demostrando que la dependencia, y no el abuso, es el componente incapacitante para tanto los trastornos de uso de alcohol como de drogas.

En las encuestas de población es difícil valorar la psicosis, la neurastenia y los trastornos de personalidad, por lo que fueron medidos con instrumentos de tamizaje y por ello pueden no ser representativos de la verdadera población con estos trastornos. Estos datos son útiles a pesar de todo ya que pocas encuestas comunitarias incluyen estos trastornos. La neurastenia fue asociada con la incapacidad comparable a la de la depresión y fue un acompañante independiente de incapacidad (20,22). Mientras que la neurastenia por definición tiene un componente somático importante, ésta permaneció únicamente predictiva de incapacidad aun luego de controlar la presencia de condiciones físicas crónicas, ansiedad y depresión. El proceso por el cual este trastorno incapacita no es impulsado por su superposición con otros trastornos, apoyado por evidencia de que tales trastornos somatoformes son entidades diagnósticas diferentes (53,54). Los trastornos de personalidad se asociaron con incapacidades más leves aunque no por ello menos importantes. Estos trastornos se hallan poco investigados en términos de sus consecuencias incapacitantes, y por ello el presente estudio aporta a la evidencia emergente que estos trastornos se asocian con incapacidad (55,25). Los trastornos de la personalidad no fueron examinados individualmente, pero un simple vistazo a la media (error estándar) de días de incapacidad reveló cierta variación según el tipo de trastorno: paranoide 9.8 (1.9), esquizoide 9.2 (1.6), impulsivo 5.9 (0.58), fronterizo 8.9 (1.8), histriónico 7.6 (2.0), anancástico 6.4 (0.7), por evitación 8.5 (1.0), por dependencia 8.5 (2.6). El deterioro funcional más severo para los tipos fronterizo, esquizoide y por dependencia se ha notificado anteriormente en una muestra de atención primaria utilizando el

SF-36 (55).

Los puntajes más leves para personas con psicosis y la falta de una asociación independiente con la incapacidad pueden ser resultado de esta pequeña y atípica muestra de este diagnóstico. También es posible que medidas más amplias, generales de funcionamiento no sean sensibles a los largos déficit observados en personas con las así llamadas "enfermedades mentales serias"(43). La explicación anterior parece ser más acorde. Un estudio reciente de programas residenciales de atención de agudos (56) demostró mejorías en el funcionamiento en las subescalas relacionadas con la salud mental del SF-36 en personas con psicosis, reflejando el cambio observado en las medidas específicas psiquiátricas. La encuesta de población analizada por Bijl & Ravelli (23) incluía nuevas entrevistas clínicas para casos de posible esquizofrenia. Esos casos verificados de esquizofrenia contaron con la mayor cantidad de días de incapacidad de cualquier grupo diagnóstico y fueron los más severos o casi más severos en mucha subescalas del SF-36. Una de las preocupaciones válidas con las medidas generales es que éstas no reflejan precisamente la severidad o mejoras del tratamiento que ocurren en personas con más enfermedades crónicas mentales (57). Estos miedos pueden ser infundados y la capacidad de estas medidas de incapacidad general en este grupo exigen una próxima investigación.

Utilidades para las medidas de incapacidad genéricas en la salud mental

Ha existido cierta preocupación dentro de la comunidad de la salud mental en el sentido de que un enfoque genérico de la medición de la incapacidad no sería lo suficientemente sensible, y que se debería dar preferencia a las mediciones específicas psiquiátricas. Este estudio provee evidencia de que las medidas de incapacidad genéricas pueden ofrecer discriminación dentro del campo de la salud mental. Aquí se mostró que la mayoría de los trastornos mentales en la comunidad son incapacitantes, extendiendo las investigaciones previas que se encontraban limitadas a los ámbitos de la atención primaria y del tratamiento de la salud mental. Estos datos son directamente comparables con otras condiciones de salud en varios ambientes, lo que da poder al uso de medidas generales, algo que no puede ser fácilmente logrado por los instrumentos específicos psiquiátricos.

Esta comparación no sólo es importante a nivel de la población, como se muestra en este estudio, sino también en términos de resultados clínicos. Existe interés creciente entre los políticos por la eficiencia del cuidado de la salud, y para asegurarse de obtener resultados suficientes hay que pagar el costo de proveer dichos tratamientos. Estos debates son importantes tanto en el ámbito de muchos como de pocos recursos. La inclusión de medidas genéricas en ensayos clínicos y programas de evaluación, como un complemento a los indicadores específicos de trastornos, hacen posible la comparación de eficiencia de tratamiento dentro del sector de la salud (58). Mientras que la mayor parte de esta investigación incluyó el tratamiento de la depresión (por ejemplo, #59 y #60), se observaron mejoras importantes en las medidas genéricas para trastornos de angustia (61- 63), esquizofrenia (56,64) y problemas con la bebida (65). También se incluyeron las medidas generales en ensayos de depresión realizados en Santiago, Chile (usando el SF-36 [66]) y en Goa, India (usando el BDQ [67]). Tales estudios contribuyeron al creciente reconocimiento de que se hallan disponibles tratamientos efectivos y rentables para trastornos mentales para llenar el problema global de los trastornos mentales, y que estas intervenciones pueden ser implementadas en una variedad de ámbitos del cuidado de la salud.

Este artículo consideró tres medidas genéricas de incapacidad que han sido estudiadas con poblaciones mentalmente sanas. No incluyó el nuevo *Disability Assessment Schedule* (WHODAS II) de la Organización Mundial de la Salud, el cual es un punto sobresaliente en el desarrollo del campo de la valoración de incapacidad genérica. Esta nueva medida se formó de bases teóricas del ICF. Los dominios de funcionamiento valorados son el entendimiento y la comunicación, como manejarse, el cuidado de uno mismo, el trato con otros, trabajo y actividades caseras y la participación en la sociedad. Se encuentra en proceso de ser publicado un trabajo de desarrollo extensivo de múltiples países, pero los resultados preliminares sugieren que el WHODAS II tiene excelente validez y ofrece sensibilidad comparable al cambio como el SF-3668. Los detalles de esta medida se encuentran a disposición en www.who.int/icidad/whodas/index.html.

Síntesis

Las medidas genéricas son un importante complemento a la información provista por medidas de trastornos específicas de síntomas, y pueden ser una fuente de información importante para los

análisis de política y economía en el sector de la salud. Por lo tanto las medidas genéricas de incapacidad deberían ser incorporadas de forma más amplia en ensayos clínicos y evaluaciones de programas. Se encontró que el breve cuestionario de incapacidad fue una medida particularmente sensible para la incapacidad relacionada con la salud mental.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sanderson, K., & Andrews, G. Prevalence and severity of mental health-related disability and relationship to diagnosis. *Psychiatric Services*, 53, 80-86.
2. World Health Organization (2000). *World Health Report, 2000: Reducing risks, promoting healthy life*. Geneva: World Health Organization.
3. Kempen, G. I. J. M., Miedema, I., Van Den Bos, G. A. M., & Ormel, J. (1998). Relationship of domain-specific measures of health to perceived overall health among older subjects. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51, 11-18.
4. Mozes, B., Maor, Y., & Shmueli, A. (1999). Do we know what global ratings of health-related quality of life measure? *Quality of Life Research*, 8, 269-273.
5. Patrick, D. L., Kinne, S., Engelberg, R. A., & Pearlman, R. A. (2000). Functional status and perceived quality of life in adults with and without chronic conditions. *Journal of Clinical Epidemiology*, 53, 779-785.
6. Kaplan, R. M. (1994). The Ziggy Theorem: Toward an outcomes-focused health psychology. *Health Psychology*, 13, 451-460.
7. Manton, K. G., Stallard, E., & Corder, L. (1998). Economic effects of reducing disability. *The American Economic Review*, 88, 101-105.
8. Tomiak, M., Berthelot, J.-M., & Mustard, C. A. (1998). A profile of health care utilization of the disabled population in Manitoba. *Medical Care*, 36, 1383-1397.
9. World Health Organization (1980). *The International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps: A manual of classification relating to consequences of disease*. Geneva: World Health Organization.
10. Verbrugge, L. M. & Jette, A. M. (1994). The disablement process. *Social Science & Medicine*, 38, 1-14.
11. World Health Organization (1992). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (Tenth Revision)*. Geneva: World Health Organization.
12. Bickenbach, J. E., Chatterji, S., Badley, E. M., & Üstün, T. B. (1999). Models of disablement, universalism and the international classification of impairments, disabilities and handicaps. *Social Science & Medicine*, 48, 1173-1187.
13. Üstün, T. B., Cooper, J. E., Duuren-Kristen, S., Kennedy, C., Hendershot, G., & Sartorius, N. (1995). Revision of the ICDH: mental health aspects. *Disability & Rehabilitation*, 17, 202-209.
14. Üstün, T. B., Bickenbach, J. E., Badley, E., & Chatterji, S. (1998). A reply to David Pfeiffer "The ICDH and the need for its revision". *Disability & Society*, 13, 829-831.
15. World Health Organization (2001). *ICIDH-2: International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. Geneva: World Health Organization.
16. McHorney, C. A. (1999). Health status assessment methods for adults: Past accomplishments and future challenges. *Annual Review of Public Health*, 20, 309-335.
17. Patrick, D. L. & Erickson, P. (1993). *Health status and health policy: Quality of life in health care evaluation and resource allocation*. New York: Oxford University Press.
18. Beresford, P. (2000). What have madness and psychiatric system survivors got to do with disability and disability studies? *Disability & Society*, 15, 167-172.
19. Estroff, S. E., Patrick, D. L., Zimmer, C. R., & Lachicotte, W. S., Jr. (1997). Pathways to disability income among persons with severe, persistent psychiatric disorders. *Milbank Quarterly*, 75, 495-532.
20. Spitzer, R. L., Kroenke, K., Linzer, M., Hahn, S. R., Williams, J. B., deGruy, F. V., III, Brody, D., & Davies, M. (1995). Health-related quality of life in primary care patients with mental disorders. Results from the PRIME-MD 1000 Study. *JAMA*, 274, 1511-1517.
21. Olfson, M., Fireman, B., Weissman, M. M., Leon, A. C., Sheehan, D. V., Kathol, R. G., Hoven, C., & Farber, L. (1997). Mental disorders and disability among patients in a primary care group practice. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1734-1740.
22. Ormel, J., Von Korff, M., Üstün, T. B., Pini, S., Korten, A., & Oldehinkel, T. (1994). Common mental disorders and disability across cultures. Results from the WHO Collaborative Study on Psychological Problems in General Health Care. *JAMA*, 272, 1741-1748.
23. Bijl, R. V. & Ravelli, A. (2000). Current and residual functional disability associated with psychopathology: findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Psychological Medicine*, 30, 657-668.
24. Dewa, C. S. & Lin, E. (2000). Chronic physical illness, psychiatric disorder and disability in the workplace. *Social Science & Medicine*, 51, 41-50.
25. Andrews, G., Sanderson, K., & Beard, J. (1998). Burden of disease. Methods of calculating disability from mental disorder. *British Journal of Psychiatry*, 173, 123-131.
26. Kessler, R. C. & Frank, R. G. (1997). The impact of psychiatric disorders on work loss days. *Psychological Medicine*, 27, 861-873.
27. Kouzis, A. C. & Eaton, W. W. (1994). Emotional disability days: prevalence and predictors. *American Journal of Public Health*, 84, 1304-1307.
28. Andrews, G., Henderson, S., & Hall, W. (2001). Prevalence, comorbidity, disability and service utilisation. Overview of the Australian National Mental Health Survey. *British Journal of Psychiatry*, 178, 145-153.
29. World Health Organization (1997). *Composite International Diagnostic Interview, Version 2.0*. Geneva: World Health Organization.

30. Andrews, G. & Peters, L. (1998). The psychometric properties of the Composite International Diagnostic Interview. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 33, 80- 88.
31. Loranger, A. W., Janca, A., & Sartorius, N. (1997). Assessment and diagnosis of personality disorders: The ICD-10 International Personality Disorder Examination (IPDE). Cambridge: Cambridge University Press.
32. Jablensky, A., McGrath, J., Herrman, H., Castle, D., Gureje, O., Evans, M., Carr, V., Morgan, V., Korten, A., & Harvey, C. (2000). Psychotic disorders in urban areas: an overview of the Study on Low Prevalence Disorders. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 34, 221-236.
33. Tacchini, R., Janca, A., & Isaacs, M. (1995). Neurasthenia (as amended by I. Hickie, Department of Psychiatry, St George Hospital, Sydney). Geneva: World Health Organization.
34. Ware, J., Jr., Kosinski, M., & Keller, S. D. (1996). A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Medical Care*, 34, 220-233.
35. Ware, J. E., Jr., Kosinski, M., & Keller, S. D. (1998). SF-12: How to score the SF-12 Physical and Mental Health Summary Scales (Third Edition). Lincoln, RI: QualityMetric Incorporated.
36. Stewart, A. L., Hays, R. D., & Ware, J. E., Jr. (1988). The MOS short-form general health survey. Reliability and validity in a patient population. *Medical Care*, 26, 724-735.
37. Von Korff, M., Üstün, T. B., Ormel, J., Kaplan, I., & Simon, G. E. (1996). Self-report disability in an international primary care study of psychological illness. *Journal of Clinical Epidemiology*, 49, 297-303.
38. Ormel, J., Von Korff, M., Oldehinkel, A. J., Simon, G., Tiemens, B. G., & Üstün, T. B. (1999). Onset of disability in depressed and non-depressed primary care patients. *Psychological Medicine*, 29, 847-853.
39. Ware, J. E., Jr., Kosinski, M., & Keller, S. D. (1994). SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales: A User's Manual. Boston, MA: The Health Institute, New England Medical Center.
40. Sprangers, M. A., de Regt, E. B., Andries, F., van Agt, H. M. E., Bijl, R. V., de Boer, J. B., Foets, M., Hoeymans, N., Jacobs, A. E., Kempen, G. I. J. M., Miedema, H. S., Tijhuis, M. A. R., & de Haes, J. C. (2000). Which chronic conditions are associated with better or poorer quality of life? *Journal of Clinical Epidemiology*, 53, 895-907.
41. Weissman, M. M., Olfson, M., Gameroff, M. J., Feder, A., & Fuentes, M. (2001). A comparison of three scales for assessing social functioning in primary care. *American Journal of Psychiatry*, 158, 460-466.
42. Wells, K. B. & Sherbourne, C. D. (1999). Functioning and utility for current health of patients with depression or chronic medical conditions in managed, primary care practices. *Archives of General Psychiatry*, 56, 897-904.
43. Atkinson, M. J. & Caldwell, L. (1997). The differential effects of mood on patients' ratings of life quality and satisfaction with their care. *Journal of Affective Disorders*, 44, 169-175.
44. Morgado, A., Smith, M., Lecrubier, Y., & Widlocher, D. (1991). Depressed subjects unwittingly overreport poor social adjustment which they reappraise when recovered. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 179, 614-619.
45. Morgado, A., Raoux, N., Jourdain, G., Lecrubier, Y., & Widlocher, D. (1991). Over-reporting of maladjustment by depressed subjects. Findings from retesting after recovery. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 26, 68-74.
46. Judd, L. L., Akiskal, H. S., Zeller, P. J., Paulus, M., Leon, A. C., Maser, J. D., Endicott, J., Coryell, W., Kunovac, J. L., Mueller, T. I., Rice, J. P., & Keller, M. B. (2000). Psychosocial disability during long-term course of unipolar major depressive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 57, 375-380.
47. Ormel, J., Van den, B. W., Koeter, M. W., Giel, R., van der, M. K., van de, W. G., & Wilmink, F. W. (1990). Recognition, management and outcome of psychological disorders in primary care: a naturalistic follow-up study. *Psychological Medicine*, 20, 909-923.
48. Ormel, J., Koeter, M. W., Van den, B. W., & van de, W. G. (1991). Recognition, management, and course of anxiety and depression in general practice. *Archives of General Psychiatry*, 48, 700-706.
49. Sherbourne, C. D., Wells, K. B., & Judd, L. L. (1996). Functioning and well-being of patients with panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 153, 213-218.
50. Hollifield, M., Katon, W., Skipper, B., Chapman, T., Ballenger, J. C., Mannuzza, S., & Fyer, A. J. (1997). Panic disorder and quality of life: variables predictive of functional impairment. *American Journal of Psychiatry*, 154, 766-772.
51. Leon, A. C., Shear, M. K., Portera, L., & Klerman, G. L. (1992). Assessing impairment in patients with panic disorder: the Sheehan Disability Scale. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 27, 78-82.
52. Volk, R. J., Cantor, S. B., Steinbauer, J. R., & Cass, A. R. (1997). Alcohol use disorders, consumption patterns, and health-related quality of life of primary care patients. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*, 21, 899-905.
53. Gillespie, N., Kirk, K. M., Heath, A. C., Martin, N. G., & Hickie, I. (1999). Somatic distress as a distinct psychological dimension. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 34, 451-458.
54. Kroenke, K., Spitzer, R. L., deGruy, F. V., III, Hahn, S. R., Linzer, M., Williams, J. B. W., Brody, D., & Davies, M. (1997). Multisomatoform disorder: an alternative to undifferentiated somatoform disorder for the somatizing patient in primary care. *Archives of General Psychiatry*, 54, 352-358.
55. Hueston, W. J., Mainous, A. G., III, & Schilling, R. (1996). Patients with personality disorders: functional status, health care utilization, and satisfaction with care. *Journal of Family Practice*, 42, 54-60.
56. Hawthorne, W. B., Green, E. E., Lohr, J. B., Hough, R., & Smith, P. G. (1999). Comparison of outcomes of acute care in short-term residential treatment and psychiatric hospital settings. *Psychiatric Services*, 50, 401-406.
57. Rosenheck, R. A. (1999). Principles for priority setting in mental health services and their implications for the least well off. *Psychiatric Services*, 50, 653-658.
58. Smith, G. R., Jr., Rost, K. M., Fischer, E. P., Burnam, M. A., & Burns, B. J. (1997). Assessing the effectiveness of mental health care in routine clinical practice: characteristics, development, and uses of patient outcomes modules. *Evaluation & The Health Professions*, 20, 65-80.
59. Pyne, J. M., Rost, K. M., Zhang, M., Williams, D. K., Smith, J., & Fortney, J. (2003). Cost-effectiveness of a primary care depression intervention. *Journal of General Internal Medicine*, 18, 432-441.
60. Kroenke, K., West, S. L., Swindle, R., Gilsenan, A., Eckert, G. J., Dolor, R., Stang, P., Zhou, X. H., Hays, R., & Weinberger, M. (2001). Similar effectiveness of paroxetine, fluoxetine, and sertraline in primary care: a randomized trial. *JAMA*, 286, 2947-2955.
61. Jacobs, R. J., Davidson, J. R., Gupta, S., & Meyerhoff, A. S. (1997). The effects of clonazepam on quality of life and work productivity in panic disorder. *American Journal of Managed Care*, 3, 1187-1196.
62. Mavissakalian, M. R., Perel, J. M., Talbott-Green, M., & Sloan, C. (1998). Gauging the effectiveness of extended

imipramine treatment for panic disorder with agoraphobia. *Biological Psychiatry*, 43, 848-854.

63. Owen, R. R., Rost, K., Hollenberg, J., Humphrey, J. B., Lazoritz, M., Bartlett, J., & Smith, G. R. (1997). Effectiveness of care and improvement in quality of life in patients with panic disorder. *Evaluation Review*, 21, 405-416.
64. Gureje, O., Miles, W., Kekes, N., Grainger, D., Lambert, T., McGrath, J., Tran, P., Catts, S., Fraser, A., Hustig, H., Andersen, S., Crawford, A. M. (2003). Olanzapine versus risperidone in the management of schizophrenia: a randomized double-blind trial in Australia and New Zealand. *Schizophrenia Research*, 61, 303-314.
65. Kraemer, K. L., Maisto, S. A., Conigliaro, J., McNeil, M., Gordon, A. J., Kelley, M. E. (2002). Decreased alcohol consumption in outpatient drinkers is associated with improved quality of life and fewer alcohol-related consequences. *Journal of General Internal Medicine*, 17, 382-386.
66. Araya, R., Rojas, G., Fritsch, R., Gaete, J., Rojas, M., Simon, G., & Peters, T. J. (2003). Treating depression in primary care in low-income women in Santiago, Chile: a randomised controlled trial. *Lancet*, 361, 995-1000.
67. Patel, V., Chisholm, D., Rabe-Hesketh, S., Dias-Saxena, F., Andrew, G., & Mann, A. (2003). Efficacy and cost-effectiveness of drug and psychological treatments for common mental disorders in general health care in Goa, India: a randomised, controlled trial. *Lancet*, 361, 33-39.
68. Chwastiak, L. A., Von Korff, M. (2003). Disability in depression and back pain: evaluation of the World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS II) in a primary care setting. *Journal of Clinical Epidemiology*, 56, 507-514.

DEPENDENCIA DEL CANNABIS ENTRE ADULTOS JOVENES: HALLAZGOS DEL ESTUDIO DE COHORTE DE LA SALUD DE LOS ADOLESCENTES DE VICTORIA, AUSTRALIA



**Columnista Experto de SIIC
Dra. Carolyn Coffey**

Senior Research Officer, Epidemiologist

Introducción

En los países industrializados, entre la mitad y las dos terceras partes de los adultos jóvenes han utilizado cannabis alguna vez para divertirse (1-4). La mayoría lo hace en forma irregular sin consecuencias para la salud, pero una minoría progresa hacia un uso más intenso que resulta perjudicial (5). Las consecuencias no buscadas incluyen trauma accidental, dificultades en el aprendizaje y problemas legales, afectación de la salud mental y efectos respiratorios que exceden a los correspondientes exclusivamente al consumo de tabaco (6- 10). La dependencia de cannabis es cada vez más frecuentemente identificada como una consecuencia tardía de su consumo intenso; el riesgo de padecerla a lo largo de toda la vida entre los consumidores es de alrededor del 10% (11), y recientemente se demostró que es el trastorno por consumo de sustancias ilícitas más prevalente entre los adultos de Norteamérica y Australia (12). El diagnóstico de dependencia de cannabis del DSM-IV (11,13) ya no se basa en los indicios de dependencia «psicológica», sino en datos de uso compulsivo y trastornos durante la abstinencia (14,15). Comparado con la considerable investigación llevada a cabo sobre la naturaleza de la dependencia del alcohol (16,17), el perfil sintomático y los precursores de dependencia del cannabis presentes en la adolescencia han recibido escasa atención.

Esta información es esencial para evaluar la dependencia de cannabis como fuente de morbilidad per se, al margen del posible papel del uso de cannabis en la escalada de utilización de las sustancias de abuso (18,19). En este informe describimos los hallazgos de dos publicaciones anteriores sobre prevalencia y predictores de la dependencia de cannabis en los adolescentes (20,21). Examinamos: a) los síntomas de dependencia y b) los precursores en esta población, en un estudio de cohorte basado en la población de 20 a 21 años de edad en Victoria, Australia.

Métodos

Procedimiento y muestra

La información se recolectó a partir de una muestra representativa de 2 032 adultos jóvenes, como parte de un estudio de cohorte mediante encuestas realizadas en siete ondas -momentos diferentes- sobre la salud de los adolescentes en Victoria, Australia. Al ingresar al estudio, los participantes estaban en su tercer año de la escuela secundaria, con edad promedio de 14.7 años.

Hasta 1995, año en que la mayoría se encontraba en el último año (sexto) de la escuela secundaria, se habían registrado seis grupos de respuestas al cuestionario (ondas). Un total de 1 947 adolescentes (96% de la muestra programada) participó por lo menos una vez durante esta fase del estudio; la proporción de sexos fue similar a la de las escuelas de Victoria al momento del muestreo (varones: 48.6%) (22). La séptima encuesta (onda 7) se realizó tres años después, en 1998, cuando los participantes tenían 20 años.

Fase adolescente: ondas 1 a 6

Mil novecientos cuarenta y siete adolescentes (96% de la muestra programada) participaron por lo menos una vez en las ondas 1 a 6, con proporción de varones y mujeres similar a la de las escuelas de Victoria al momento del muestreo (varones 48.6%) (22). Las encuestas fueron autoadministradas en la escuela por medio computadoras portátiles, lo que permitió así el uso de preguntas ramificadas. Los individuos no disponibles en la escuela para su seguimiento completaron el cuestionario por vía telefónica. Las mediciones incluyeron:

Variables demográficas. Sexo, país de nacimiento y situación familiar.

Uso de cannabis. Se evaluó uso durante los últimos seis meses. Se identificaron consumidores diarios, semanales y de cualquier tipo de frecuencia (en los últimos seis meses).

Hábito de fumar cigarrillos. Se identificaron fumadores diarios y ocasionales (estos últimos se consideraron aquellos que fumaron en el último mes pero menos de seis días en la última semana).

Consumo de alcohol. Diario, en forma retrospectiva desde la última semana. Se diferenciaron (1) los bebedores «frecuentes» (aquellos que consumieron alcohol tres o más días en la semana previa) de (2) los bebedores de «altas dosis» (aquellos con consumo promedio de 45 gramos de etanol o más durante el día en que consumía).

Comportamiento antisocial. Evaluado del informe personal de la escala de delincuencia temprana de Moffitt y Silva (23). Más de 1 comportamiento del tipo «más de una vez» en los últimos 6 meses permitió identificar más comportamientos antisociales globales.

Morbilidad psiquiátrica. Una planilla computarizada del Clinical Interview Schedule (CIS) fue empleada para cuantificar la severidad de la morbilidad psiquiátrica (24). Los puntajes mayores de 11 fueron tomados como indicadores de morbilidad psiquiátrica. Las respuestas obtenidas sobre estos factores de riesgo de los adolescentes (ondas 1 a 6) fueron resumidas como (1) el número de ondas en las cuales se informó una condición, y (2) el nivel máximo informado en las 6 ondas de seguimiento sobre uso de cannabis (ninguno, ocasional, semanal, diario) y uso de cigarrillos (ninguno, menos de una vez por día, diario).

Información perdida de la recolección de datos: ondas 1 a 6

Setenta y cinco por ciento de la cohorte completó la encuesta en cinco de las primeras seis ondas de recolección pero, debido al sistema de recolección por pasos, 54% de las observaciones se extraviaron entre la primera y la última. Las observaciones perdidas en los pasos 2, 3, 4, 5 y 6 fueron 11%, 13%, 16%, 19% y 21%, respectivamente. La técnica de imputación múltiple permitió definir mediciones resumidas para cada participante en cada uno de los cinco grupos de datos completados. La imputación fue realizada con el modelo de efectos mixtos multivariado de Schafer y Yucel (25).

Fase de adulto joven

Las respuestas correspondientes a la onda 1 998 de la encuesta se obtuvieron telefónicamente, a partir de una entrevista asistida por computadora (26). Fueron entrevistados 1601 adultos jóvenes (79% de la cohorte inicial, 82% de todos los participantes), de edad media 20.7 años y desvío estándar 0.5 (46% varones).

Medición de resultados: dependencia de cannabis según el DSM- IV

El diagnóstico de dependencia requirió evidencia de que, dentro de los últimos doce meses, el individuo había continuado el uso a pesar de la presencia de problemas significativos relacionados con la sustancia (27); se consideró evidencia a la presencia simultánea de tres de los siguientes siete criterios: tolerancia a los efectos de la droga; síntomas de abstinencia al cesar o reducir el uso; empleo de cannabis en mayores cantidades o durante un periodo más prolongado que lo planeado; deseo continuo o esfuerzos ineficaces para reducir o abandonar el consumo; cantidad desproporcionada de tiempo empleado para obtener, usar o recuperarse del consumo de la droga; actividades sociales, recreativas u ocupacionales disminuidas o reemplazadas debido al consumo; y uso continuado del cannabis a pesar del conocimiento acerca de los problemas físicos o

Análisis de los datos

El análisis de los datos fue llevado a cabo utilizando los programas informáticos de estadística Stata (28). La estimación de las tasas de prevalencia tomó en cuenta la posibilidad bajo muestreo y no-respuesta (29). Para la posibilidad bajo muestreo, fue calculada la fracción inversa de muestreo en cada área geográfica. Se calculó el grado de importancia para la no-respuesta con estratificación definida por sexo, divorcio de los padres y hábito diario de fumar al ingresar al estudio, considerados predictores de la falta de adaptación a la encuesta. Los intervalos de confianza (IC) para las proporciones fueron calculados aplicando estos métodos de estimación del sondeo en la escala logarítmica. Se realizaron análisis de regresión logística sobre los resultados binarios de la dependencia de cannabis. En los modelos multivariados, los efectos de la exposición fueron estimados como tendencias lineales del logaritmo de los odds ratio, a través de categorías ordenadas de exposición sobre las variables explicatorias. Utilizamos el método de Rubin (30) de imputación múltiple para crear inferencias válidas, por medio de la combinación de análisis estándar realizados sobre cada uno de los grupos de datos involucrados. Los programas informáticos para facilitar estos análisis fueron descritos en Stata (31).

Resultados

Prevalencia del uso de cannabis

Aproximadamente el 60% de los participantes informó haber utilizado alguna vez cannabis (tabla 1). La quinta parte de la cohorte (21%) dijo haberlo empleado por lo menos cinco veces en el último año. Quince por ciento aceptó haberlo utilizado como mínimo en forma semanal en el último año, y el 8% de manera diaria o prácticamente diaria. Siete por ciento de la cohorte (varones, 11%; IC, 8-13; mujeres, 4%; IC 3-6) reunían criterios para dependencia al cannabis según el DSM-IV dentro de igual período, equivalente al 13% de aquellos que lo habían consumido alguna vez.

[Tabla 1.](#)

Síntomas individuales y diagnóstico de dependencia al cannabis

El 12% (IC, 11-14) de la cohorte en forma global manifestó por lo menos un síntoma de DSM-IV de dependencia de cannabis. El deseo continuo o los esfuerzos infructuosos para reducir o cesar el uso fue el síntoma más comúnmente aceptado. Los menos informados fueron la tolerancia y las consecuencias sociales. El cinco por ciento (IC, 4-6) aceptó solamente uno de dos síntomas y por lo tanto no fueron clasificados como dependientes a la droga.

Prevalencia de los síntomas de dependencia de acuerdo a la frecuencia de uso

Aproximadamente la mitad (53%) de aquellos que habían usado cannabis por lo menos en forma semanal reunía criterios de dependencia del DSM-IV (tabla 2). Existió marcada relación entre frecuencia creciente del uso de cannabis y dependencia (test de tendencia de Wald: $p < 0.001$), con riesgo más elevado entre aquellos que consumían en forma prácticamente diaria (72% versus 13% de los consumidores de 1-2 días por semana). Los individuos que utilizaban cannabis solamente 1 o 2 días por semana tenían riesgo significativamente más bajo que los que informaron frecuencia mayor. La probabilidad de dependencia entre los que consumían de 3-5 días por semana (72% versus 53%) se acercó más a los que la recibían diariamente que a los de hábitos más moderados. La prevalencia de los síntomas de dependencia varió ampliamente entre las categorías de todas las frecuencias de uso y dentro de cada una de ellas. Aproximadamente la mitad de los consumidores diarios (58%) y casi la mitad de los que utilizaban 3 a 4 días por semana (43%) aceptaron haber presentado síntomas de abstinencia por cannabis. La tolerancia no se describió con mucha frecuencia (15% del total) y no exhibió relación con la intensidad de uso. El deseo continuo para el consumo de cannabis fue el primer síntoma saliente a cada nivel de utilización, seguido por el uso a pesar de la voluntad de no usarlo. El orden de los otros síntomas de dependencia varió un poco entre las distintas categorías de frecuencia. El excesivo tiempo dedicado a obtener el cannabis o a recuperarse de su empleo resultó considerablemente más común en los consumidores diarios (64%) que entre los que lo usaban con menor intensidad (10% de los que consumían 1 o 2 días a la semana). Las consecuencias sociales propias del uso de cannabis fue el síntoma menos señalado, demostrando un ligero incremento con la mayor utilización. Por el contrario, el uso continuo a pesar de los problemas de salud aumentó

marcadamente en asociación con el mayor uso, lo que indica gran discrepancia entre los consumidores diarios (50%) y los que solamente la usaban 1 o 2 días por semana (16%).

Tabla 2.

Asociaciones independientes entre la dependencia de cannabis en los adultos jóvenes (onda 7) y la exposición en la adolescencia (ondas 1-6) (tabla 3)

Recurrimos a la regresión logística múltiple para cuantificar las asociaciones capaces de predecir de manera independiente la adicción y para ajustar por posibles factores de confusión. Para compensar la falta de algunas respuestas, en el modelo multivariado se ingresaron mediciones (todas las cuales mostraron relaciones lineales univariadas) como efectos lineales. Luego del ajuste, las únicas mediciones de la adolescencia, aparte del sexo, que demostraron relación independiente con la adicción a cannabis fueron la frecuencia máxima del uso de la droga, el número de ondas en las cuales se informó cada comportamiento del hábito de fumar cigarrillos y el comportamiento antisocial. No existieron indicadores de los efectos de interacción de primer orden ni variable alguna capaz de explicarlos.

Tabla 3.

Estudiamos la posible interacción entre el consumo de alcohol en la adolescencia y el uso máximo de cannabis ajustado sólo para factores que tuvieran influencia en el modelo multivariado informado en tabla 3. Caracterizamos el consumo frecuente de alcohol en 2 o más ondas (ondas múltiples) e investigamos la interacción entre éste y el uso máximo semanal/diario de cannabis (chi cuadrado de Wald, $p = 0.01$). El riesgo elevado para dependencia tardía asociado con el empleo máximo semanal/diario de cannabis fue sólo evidente en participantes que no informaron consumo frecuente de alcohol en ondas múltiples (OR = 7.4; 3.9-14; p

Discusión

En una muestra representativa de adultos jóvenes de entre 20-21 años en Victoria, Australia, la mayoría (60%) admitió el uso de cannabis en algún momento. La prevalencia de dependencia del cannabis definida por el DSM-IV en los 12 meses anteriores al estudio fue estimada en 7%. Más de uno cada ocho consumidores en algún momento, y uno cada dos consumidores semanales, reunían los criterios para dependencia. La probabilidad aumentó sustancialmente con la creciente difusión del uso de manera tal que casi tres cuartos de los consumidores diarios reunían criterios de dependencia. Nuestra estimación de la prevalencia de adicción en la población general y en los consumidores de cierto momento a la edad de 20 años están de acuerdo con los grupos similares de Australia, Nueva Zelanda y los EE.UU. (3,11).

Prevalencia de los síntomas de dependencia de cannabis

En este estudio, la elevada frecuencia de síntomas que reflejan conducta compulsiva o consumo fuera de control fue destacable con prácticamente todos los consumidores dependientes del cannabis, y casi tres cuartos de los que lo utilizan en forma regular admitieron un deseo continuo. Otras manifestaciones relacionadas con el uso compulsivo fueron frecuentes. Lamentablemente, el uso progresivo de la droga continuaba pese al conocimiento de los problemas sobre la salud con la mayor frecuencia de utilización. Alrededor de la mitad de los adultos jóvenes que usaban cannabis diariamente informaron abstinencia y constituyó el tercer criterio de dependencia más común aceptado por los consumidores dependientes. Más aún, cerca de un tercio de los adictos que reconocieron síntomas de abstinencia utilizaban cannabis para aliviar estos síntomas y dos tercios informaron tanto deseo persistente como uso a pesar de la voluntad de evitarlo, lo que indica una actitud de deseo y refuerzo cuando la abstinencia se ha iniciado. Estos resultados coinciden con los indicios empíricos de los síntomas de abstinencia en un estudio controlado pequeño que utilizó participantes adultos (32). A pesar de la severidad de la abstinencia por cannabis, ésta ha recibido escasa atención, porque la percepción generalizada le atribuye carácter leve, que raramente requiere intervención especial (33). No fuimos capaces nosotros de evaluar la gravedad de las manifestaciones en este trabajo, pero la referencia a estudios clínicos muestra que por lo menos en este extremo de la población los síntomas fueron a menudo graves, clínicamente significativos y llevaron a los sujetos al uso continuo de la droga (34,35). Una reciente revisión que resume las pruebas disponibles de que existe la abstinencia por cannabis, como lo es la dependencia física, concluye que aunque aquella produce indudablemente efectos desagradables, los indicadores de

que se trata de algo más que un rebote no son concluyentes (36). El autor considera que la falta de pruebas confiables no debería tomarse como tal ya que claramente el estado de ansiedad que sigue a la abstinencia puede desencadenar la recaída. La explicación de la naturaleza del deseo y la interacción entre éste y el aumento del uso de cannabis cuando comienza a manifestarse la abstinencia sugiere respuesta apropiada al tratamiento (37,38) del uso nocivo de la droga, para el cual la literatura existente es escasa (34) y por lo común deficiente desde el punto de vista metodológico (39). Existe una concepción generalizada de que las necesidades del servicio de la droga en personas jóvenes adictas a sustancias ilegales están marcadamente determinadas por la dependencia del alcohol y de opiáceos, pese a la derivación cada vez más frecuente de los pacientes para el tratamiento de la dependencia del cannabis, por lo menos en los EE.UU. (39) En nuestra muestra de la sociedad solamente el 9% de aquellos que presentaban adicción al cannabis la tenían también para el alcohol. Más aún, la enorme mayoría (87%) de los individuos adictos al cannabis jamás se había inyectado una sustancia ilegal, lo que indica que las necesidades del servicio de la droga en este grupo representativo de la sociedad estuvieron probablemente referidas en particular a su uso del cannabis.

Progresión del uso de cannabis en la adolescencia a la dependencia en los adultos jóvenes

La progresión de los adolescentes a la dependencia ocurrió en uno de cada cinco consumidores, que se clasificaron como dependientes a la edad de adultos jóvenes. El uso de cannabis semanal fue un predictor aun más importante, con uno de cada tres individuos que reunían criterios para dependencia. El sexo masculino, el hábito de fumar cigarrillos en forma persistente y el comportamiento antisocial temprano y persistente constituyeron predictores adicionales.

Predictores de progresión a la dependencia

Sexo

Los varones fueron apenas más proclives que las mujeres a utilizar cannabis en general, pero la transición hacia la dependencia resultó considerablemente más frecuente en hombres. No demostramos modificación de este efecto por la edad, lo que indica que fueron responsables algunos factores subyacentes que no fueron medidos. La sugerencia que se ha realizado acerca de que las diferencias de sexo pueden ser debidas a una oportunidad diferente de llegar al consumo de la droga más que a índices de transición distintos no es avalada por nuestros hallazgos (40).

Consumo de cannabis en la adolescencia, comportamiento antisocial y hábito de fumar cigarrillos

La iniciación temprana con el cannabis, a menudo precedida por comportamiento antisocial y consumo de cigarrillos, es aceptada en general como un indicador importante de la escalada en el uso de drogas (5,41). Sin embargo, mientras un fenómeno dosis-efecto no fue evidente con el hábito de fumar cigarrillos, en el modelo ajustado nuestros resultados están de acuerdo con la sugerencia de Bierut (42) en el sentido de que el tabaquismo diario no es un marcador específico de vulnerabilidad subyacente para dependencia por cannabis. Esta asociación inespecífica con el hábito de fumar cigarrillos refleja probablemente el medio ambiente social en el cual ambas actividades ocurren más que la susceptibilidad biológica individual. La exposición prolongada al cannabis que suele acompañar a desviaciones tempranas del comportamiento pueden llevar del uso ocasional al uso regular, y de este modo al uso dependiente objetivado en nuestra muestra de adultos jóvenes. El umbral de riesgo que observamos con el empleo de cannabis en forma semanal indica que es el punto de transición hacia el uso continuo, que provee exposición de droga suficiente en el desarrollo del uso temprano dependiente. El metabolismo lento del cannabis genera persistencia de cambios físicos y psicológicos medibles bien más allá de la duración de los efectos subjetivos (10). El mantenimiento de una baja pero estable frecuencia de consumo puede ser suficiente para producir cambios neuroadaptativos de larga evolución a pesar de estar asociada con el efecto del deseo de la droga, la búsqueda desproporcionada y la toma, que ocurre con el inicio del comportamiento adictivo (43). Llamativamente, el uso fuera de control tempranamente en la carrera del consumo de cannabis, según se ha informado, identifica individuos que realizan la transición a la dependencia de consumidores no dependientes, lo que confirma la noción de una respuesta biológica temprana (44) y es acorde con la alta prevalencia de este comportamiento descrito en este informe.

Uso de alcohol en la adolescencia

Un hallazgo aparentemente casual fue que el uso frecuente de alcohol en forma continua durante

la adolescencia disminuyó el riesgo de desarrollar dependencia de cannabis en los que consumían regularmente la droga. Se sabe que la ingesta riesgosa del alcohol en los adolescentes es uno de los comportamientos asociados con el inicio del consumo de cannabis (45,46), pero nuestros hallazgos indican que aparece un cuadro diferente concomitantemente con el aumento del consumo en el momento de la transición entre adolescencia y edad adulta. Este hecho refleja la diferencia en los grados de criminalidad durante el paso a la adultez joven observada en los adictos a drogas que identificaron Newcomb y Bentler (1988) (19). Estos resultados pueden ilustrar también un proceso social en el cual los individuos escogen entre el uso prioritario del alcohol o el hábito del cannabis. Desde la perspectiva fisiológica, la preferencia por el último como indicador temprano de dependencia está acorde con la susceptibilidad biológica a la adicción específica del cannabis (43). El consumo regular de la droga durante la adolescencia puede indicar la presencia de un precursor neurofisiológico y psicológico de la dependencia.

Morbilidad psiquiátrica en la adolescencia

Aunque se ha asociado el uso de cannabis con índices mayores de depresión y ansiedad en estudios de corte transversal (8), nosotros no constatamos que la morbilidad psiquiátrica de los adolescentes predijese independientemente la dependencia de cannabis. Esta observación es un argumento contrario al de la automedicación como mecanismo del uso riesgoso continuo de la droga más allá de la edad adolescente y es acorde con hallazgos anteriores (47). Por el contrario, hemos informado separadamente que el consumo regular de la droga predice en este grupo etario la posterior morbilidad psiquiátrica en mujeres jóvenes (48).

Limitaciones del estudio

La dependencia de cannabis fue evaluada a la edad de uso máximo en una muestra calculada para ser representativa de la población en adultos jóvenes con alta participación de los sujetos de estudio. Para limitar los sesgos por falta de respuestas durante las ondas de la adolescencia, se realizaron imputaciones múltiples covariadas de los datos perdidos empleando un modelo basado en medidas de los antecedentes (disponibles para el 96% del total de la muestra). Esto nos permitió definir las medidas de exposición del cambio de los comportamientos del grupo, basados en los datos tomados durante las 6 ondas anteriores, correspondientes a la adolescencia, para los 1 601 participantes entrevistados en la onda 7, cuando tenían 20/21 años de edad. Hubo posiblemente insuficiente especificación de la dependencia de cannabis. En primer lugar, aunque el índice de respuesta en la onda 7 fue elevado, puede haber ocurrido una determinación diferencial insuficiente de adictos a drogas ilegales, ya que se trata de un grupo notablemente difícil de pesquisar. Como poseemos datos del 96% de la muestra de cohorte programada desde los años anteriores del estudio, conseguimos identificar factores capaces de predecir la pérdida de los casos en el seguimiento. El ajuste de las estimaciones de prevalencia ponderándolas según los subgrupos definidos por sexo, divorcio de los padres y condición frente al hábito de fumar cigarrillos al ingreso al estudio habría permitido minimizar el efecto de pérdida diferencial. En segundo lugar, como la tercera parte de los adultos jóvenes que consumían cannabis solamente habían comenzado con la droga en los últimos tres años (es decir, desde la onda 6), es probable que algunos individuos actualmente no dependientes manifiesten dependencia en los próximos años (44). Hemos asumido que el perfil de riesgo para la adicción al cannabis en nuestra muestra sería la misma para todos los miembros de la cohorte, pero estas fuentes posibles de error tal vez generen disminución de los grados de asociación observados.

Perspectivas

En resumen, encontramos que la mayoría de los adultos jóvenes informó haber empleado cannabis en algún momento de su vida y que más de un tercio de éstos aún eran, por lo menos, consumidores ocasionales. El empleo de la droga entre los australianos parece tan común que se lo considera en la actualidad un comportamiento normal. Hallamos que uno de cada catorce adultos jóvenes en nuestra cohorte reunía criterios para dependencia de cannabis, lo que sugiere que ésta puede representar un problema tan frecuente como la dependencia del alcohol en el mismo grupo de edad. No hemos investigado aún adecuadamente las consecuencias fisiopatológicas del consumo de esta sustancia (6). La mortalidad y severidad de la abstinencia puede diferir de las de otras drogas pero su utilización es mucho más común (39,49) y las necesidades del servicio de la droga son ampliamente insatisfechas (39). Al igual que la prevalencia del consumo en personas jóvenes, el índice de transición a la dependencia parece estar en aumento, con los riesgos personales, sociales y físicos resultantes del uso intenso prolongado y del comportamiento adictivo (6,9). En 1990-92, el 9% de los consumidores

ocasionales fueron considerados en riesgo de volverse adictos en algún momento de su vida (11) pero cálculos más recientes dan cuenta de que entre el 13% y el 16% de los consumidores tienen ese riesgo a partir de los 20 años de edad (3,4,50). El caso parece lo suficientemente trascendente como para la adopción de una actitud más coordinada de la salud pública.

BIBLIOGRAFÍA

1. Webb E, Ashton CH, Kelly P, Kamali F. Alcohol and drug use in UK university students. *Lancet*. 1996;348:922-5.
2. University of Michigan. The Monitoring the Future Study. Available on: <http://monitoringthefuture.org/data/> . 2001.
3. Fergusson DM, Horwood LJ. Cannabis use and dependence in a New Zealand birth cohort. *New Zealand Medical Journal* 2000;113:156-8.
4. Coffey C, Carlin J.B., Lynskey M., Lin N., Patton G.C. Cannabis dependence in young adults: an Australian population study. *Addiction* 2002;97:187-94.
5. Fergusson DM, Horwood LJ. Early onset cannabis use and psychosocial adjustment in young adults. *Addiction* 1997;92:279-96.
6. Hall W, Babor TF. Editorial: Cannabis use and public health: assessing the burden. *Addiction* 2000;95:485-90.
7. Taylor DR, Poulton R, Moffitt TE, Ramankutty P, Sears MR. The respiratory effects of cannabis dependence in young adults. *Addiction* 2000;95:1669-77.
8. Johns A. Psychiatric effects of cannabis. *British Journal of Psychiatry* 2001;178:116-22.
9. Ashton H. Cannabis or health? *Current Opinion in Psychiatry* 2002;15:247- 53.
10. Ameri A. The effects of cannabinoids on the brain. *Prog.Neurobiol.* 1999;58:315-48.
11. Anthony JC, Warner LA, Kessler RC. Comparative epidemiology of dependence on tobacco, alcohol, controlled substances, and inhalents: basic findings from the National Comorbidity Survey. *Experimental and Clinical Psychopharmacology* 1994;2:244-68.
12. Gilvarry E. Substance Abuse in Young People. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2000;41:55-80.
13. Teesson M, Hall W, Lynskey M, Degenhardt L. Alcohol- and drug-use disorders in Australia: implications of the National Survey of Mental Health and Wellbeing. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2000;34:206- 13.
14. Caetano R. Two versions of dependence: D.S.M.-III and the alcohol dependence syndrome. *Drug and Alcohol Dependence* 1985;15:81-103.
15. Channabasavanna SM, Paes M, Hall W. Mental and behavioural disorder due to cannabis. In Kalant H., Corrigal W., Hall W., Smart R., eds. *The health effects of cannabis*, pp 267-90. Toronto: Centre for Addiction and Mental Health, 2000.
16. Muthen BO. Psychometric evaluation of diagnostic criteria: application to a two -dimensional model of alcohol abuse and dependence. *Addiction* 1996;41:101-12.
17. Andreatini R, Galduroz JCF, Ferri CP, Formigoni MLODS. Alcohol dependence criteria in DSM-III-R: presence of symptoms according to degree of severity. *Addiction* 1994;89:1129-34.
18. Kandel DB, Davies M, Karus D, Yamaguchi K. The consequences in young adulthood of adolescent drug involvement. *Archives of General Psychiatry* 1986;43:746-54.
19. Newcomb MD, Bentler PM. *Consequences of adolescent drug use: impact on the lives of young adults*. Beverly Hills: Sage, 1988.
20. Coffey C, Carlin JB, Degenhardt L, Lynskey M, Sanci L, Patton GC. Cannabis dependence in young adults: an Australian population study. *Addiction* 2002;97:187-94.
21. Coffey C, Carlin JB, Lynskey M, Li N, Patton GC. Adolescent precursors of cannabis dependence: findings from the Victorian Adolescent Health Cohort Study. *British Journal of Psychiatry* 2003;182:330-6.
22. Australian Bureau of Statistics. *Australia's Young People*. 1993. Canberra, Australian Government Publishing Service.
23. Moffitt TE, Silva PA. Self-reported delinquency: results from an instrument for New Zealand. *Australian and New Zealand Journal of Criminology* 1988;21:227-40.
24. Lewis G, Pelosi AJ, Araya R, Dunn G. Measuring psychiatric disorder in the community: a standardized assessment for use by lay interviewers. *Psychol Med.* 1992;22:465-86.
25. Schafer J.L., Yucel R.M. Computational strategies for multivariate linear mixed-effects models with missing values. *Journal of Computational and Graphical Statistics* 2002; In press.
26. Paperny DM, Aono JY, Lehman RM, Hammar SL, Risser J. Computer-assisted detection and intervention in adolescent high-risk health behaviours. *Journal of Paediatrics* 1990;116:456-62.
27. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington, DC: 1994.
28. StataCorp. *Stata statistical software: Release 7.0*. 2001. College Station, TX, USA, Stata Corporation.
29. Carlin JB, Wolfe R, Coffey C, Patton GC. Tutorial in biostatistics. Analysis of binary outcomes in longitudinal studies using weighted estimating equations and discrete-time survival methods: prevalence and incidence of smoking in an adolescent cohort. *Stat.Med.* 1999;18:2655-79.
30. Rubin D.B. *Multiple imputation for nonresponse in surveys*. New York: Wiley, 1987.
31. Carlin JB, Li N, Greenwood P, Coffey C. Tools for analyzing multiple imputed datasets. *The Stata Journal* 2003;3:1-20.
32. Haney M, Ward SA, Comer SD, Foltin RW, Fischman MW. Abstinence symptoms following smoked marijuana in humans. *Psychopharmacology* 1999;141:395-404.
33. *Harrison's Principles of Internal Medicine*. New York: McGraw-Hill, 1998.
34. Crowley T.J., Macdonald M.J., Whitmore E.A., Mikulch S.K. Cannabis dependence, withdrawal, and reinforcing effects among adolescents with conduct symptoms and substance use disorders. *Drug and Alcohol Dependence* 1998;50:27- 37.
35. Budney AJ, Kandel DB, Cherek DR, Martin BR, Stephens RS, Roffman R. Colleague on problems of drug dependence

- Colección Trabajos Distinguidos, Serie Salud Mental, Volumen 7, Número 4
meeting, Puerto Rico (June 1996) marijuana use and dependence. *Drug Alcohol Depend.* 1997;45:1-11.
36. Smith NT. A review of the published literature into cannabis withdrawal symptoms in human users. *Addiction* 2002;97:621-32.
 37. Kouimtsidis C. Role of craving in substance misuse. *Current Opinion in Psychiatry* 2000;13:299-303.
 38. Lowman C., Hunt W.A., Litten R.Z., Drummond D.C. Research perspectives on alcohol craving: an overview. *Addiction* 2001;95:S45-S54.
 39. Michael D, Thomas FB, Roebuck MC, Jean D. Changing the focus: the case for recognizing and treating cannabis use disorders. *Addiction* 2002;97:4-15.
 40. Van Etten ML, Anthony JC. Male-female differences in transitions from first drug opportunity to first use: searching for subgroup variation by age, race, region and urban status. *Journal of Women's Health and Gender-based Medicine* 2001;10:797-804.
 41. Fergusson DM, Horwood LJ. Prospective childhood predictors of deviant peer affiliations in adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1999;40:581-92.
 42. Bierut LJ, Dinwiddie SH, Begleiter H, Crowe RR, Hesselbrock V, Nurnberger JI, Jr. et al. Familial transmission of substance dependence: alcohol, marijuana, cocaine, and habitual smoking: a report from the Collaborative Study on the Genetics of Alcoholism. *Arch Gen Psychiatry* 1998;55:982-8.
 43. Hyman SE, Malenka RC. Addiction and the brain: the neurobiology of compulsion and its persistence. *Nature Reviews Neuroscience* 2001;2:695-703.
 44. Rosenberg M. Early clinical manifestations of cannabis dependence in a community sample. *Drug and Alcohol Dependence* 2001;64:123-31.
 45. Donovan JE, Jessor R. Structure of problem behaviour in adolescence and young adulthood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1985;53:890-904.
 46. Coffey C, Lynskey M, Wolfe R, Patton GC. Initiation and progression of cannabis use in a population-based Australian adolescent longitudinal study. *Addiction* 2000;95:1679-90.
 47. McGee R, Williams S, Poulton R, Moffitt T. A longitudinal study of cannabis use and mental health from adolescence to early adulthood. *Addiction* 2000;95:491-503.
 48. Patton GC, Coffey C, Carlin JB, Degenhardt L, Lynskey M, Hall W. Cannabis use and mental health in young people: cohort study. *British Medical Journal* 2002;325:1195-8.
 49. Hall W, Teesson M, Lynskey M, Degenhardt L. The 12-month prevalence of substance use and ICD-10 substance use disorders in Australian adults: findings from the National Survey of Mental Health and Well-Being. *Addiction* 1999;94:1541-50.
 50. Poulton RG, Brooke M, Moffitt TE, Stanton WR, Silva PA. Prevalence and correlates of cannabis use and dependence in young New Zealanders. *New Zealand Medical Journal* 1997;110:68-70.

Trabajos Distinguidos, Serie Salud Mental, integra el Programa SIIC-Asociación Argentina de
Asociación Argentina de Psiquiatría (AAP) de Educación Médica Continua