

Se obtuvieron 657 respuestas, lo que supone una tasa de respuesta del 13%.

El 55,3% de los que responden se mostraron de acuerdo con la conveniencia de que los médicos pasen por exámenes periódicos de recertificación. Las respuestas a cada ítem de la pregunta fueron: muy de acuerdo, 8,2%; algo de acuerdo, 47,2%; algo en desacuerdo, 30,9%, y muy en desacuerdo, 13,9%.

Las características del médico relacionadas con la opinión más favorable sobre la recertificación son haber obtenido la especialidad por vía MIR y haber sido tutor de residentes en los últimos años.

El ámbito de trabajo, la especialidad (dividida entre medicina familia y resto de especialidades), la edad y el sexo no mostraron asociación estadística (tabla 1).

Al analizar las variables que informan del uso de tecnologías de la comunicación por parte de los médicos, los que más usan el correo electrónico se muestran más de acuerdo con la recertificación.

Haber sido revisor de revistas profesionales y haber participado como experto en medios de comunicación fueron variables relacionadas significativamente con una opinión más favorable sobre el sistema de recertificación.

Otras variables medidas como el uso de Internet para la formación, o las actividades en investigación o en diseño de protocolos, no mostraron diferencias estadísticamente significativas.

El análisis de regresión logística identificó como variables asociadas con la opinión favorable el haber sido tutor o responsable de la docencia de residentes, obtener el título de especialista por el sistema MIR y haber participado como expertos en medios de comunicación.

Aunque la tasa de respuesta del estudio es baja, pensamos que la muestra puede ser representativa de la población de médicos de Aragón, si tenemos en cuenta la distribución de variables como el sexo, la edad o el ámbito de trabajo.

La encuesta obtiene datos comparables con estudios previos como el realizado en el I Congreso de la Profesión Médica en Cataluña, el 91% de los médicos consideraba conveniente introducir algún sistema de evaluación de la competencia profesional, y el 50% se mostraba a favor de introducir sistemas de recertificación en la práctica<sup>2</sup>.

Entre las ventajas de la implantación de sistemas de recertificación se cita que contribuyen poderosamente al prestigio y la legitimidad de la profesión ante la sociedad, se reducen de manera significativa las medidas disciplinarias tomadas por los colegios de médicos y aumenta la calidad de la atención médica<sup>3</sup>.

La recertificación periódica de los médicos, a cargo de las asociaciones profesionales, con evaluación de capacidades, podría reducir la heterogeneidad de cualificaciones y, a la vez, mejorar la información disponible sobre el número de médicos en activo<sup>4</sup>. Se ha señalado también que ayudaría a resolver problemas de información, de calidad, a contrarrestar la tendencia a la «funcionarización» de la profesión médica, y a dar una función a las organizaciones profesionales<sup>5</sup>.

## Financiación

Estudio financiado por el Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, como proyecto de investigación asociado al Pro-

grama de Uso Racional del Medicamento en la Comunidad Autónoma de Aragón (PIURM07/13).

## Bibliografía

1. Campbell E, Gruen R, Mountford J, Miller L, Cleary P, Blumenthal D. A National Survey of Physician-Industry Relationships. *N Engl J Med*. 2007;356:1742-50.
2. Pardell H, Gomar G, Gual A, Bruguera M. ¿Qué opinan los médicos sobre la formación continuada, la evaluación de la competencia y la recertificación? *Educación Médica*. 2005;8:41-8.
3. Miles PV. Pediatric recertification and quality of care: the role of the American Board of Pediatrics in improving children's health care. *J Pediatr*. 2007;151 Suppl 5:S17-20.
4. González López-Valcárcel B, Barber P. Dificultades, trampas y tópicos en la planificación del personal médico. *Gac Sanit*. 2008;22:393-5.
5. Ortún V, González B, Barber P. Determinantes de las retribuciones médicas. *Med Clin (Barc)*. 2008;131:180-3.

Javier Moliner Lahoz<sup>a,\*</sup>, Patricia Carrera Lafuentes<sup>b</sup>, Elena Lobo Escolar<sup>b</sup>, María Teresa Ortega Maján<sup>c</sup>, Julián Mozota Duarte<sup>d</sup> y María José Rabanaque Hernández<sup>e</sup>

<sup>a</sup> Hospital de Barbastro, Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, Huesca, España

<sup>b</sup> Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, Zaragoza, España

<sup>c</sup> Dirección de Atención Especializada, Servicio Aragonés de Salud, Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, Zaragoza, España

<sup>d</sup> Servicio de Urgencias, Hospital Clínico Universitario de Zaragoza, Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, Zaragoza, España

<sup>e</sup> Departamento de Microbiología, Medicina Preventiva y Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Zaragoza, Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, Zaragoza, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [jmolinerl@aragon.es](mailto:jmolinerl@aragon.es) (J. Moliner Lahoz).

doi:10.1016/j.aprim.2011.01.008

## Prevención del deterioro cognitivo: características de los talleres de memoria en Barcelona

### Cognitive impairment prevention: characteristics of memory workshops in Barcelona

Sr. Director:

El aumento en la prevalencia de deterioro cognitivo y demencias, en parte ligado al envejecimiento progresivo de la población, ha fomentado la búsqueda de nuevos tratamientos farmacológicos, así como de intervenciones preventivas no farmacológicas. Se han descrito algunos resultados positivos de la estimulación cognitiva

acompañando a las intervenciones farmacológicas con anti-colinérgicos en pacientes con deterioro cognitivo leve<sup>1</sup>. Por otro lado, existen diversas intervenciones que han demostrado beneficios en la memoria y en la capacidad funcional de la vida cotidiana<sup>2</sup> en población sana<sup>3,4</sup>. La proliferación en los últimos años de intervenciones preventivas, conocidas popularmente como «talleres de memoria», que pretenden evitar o retardar el deterioro cognitivo, ha conllevado una cierta confusión en las indicaciones y los criterios de evaluación y seguimiento de estas intervenciones.

En el contexto descrito se ha realizado este estudio que pretende describir las características de la oferta pública de talleres de memoria en la ciudad de Barcelona. Se trata de un estudio descriptivo de los talleres de memoria realizados por el sector público en Barcelona a lo largo del año 2008. La herramienta de recogida de datos fue un cuestionario elaborado ad hoc sobre las características organizativas, de gestión y de contenido de los talleres de memoria. El cuestionario se administró telefónicamente, excepto en 2 casos en los que se recogió la información mediante una entrevista personal a informadores clave (directores de centros, responsables de la entidad proveedora, dinamizadores o los propios monitores de los talleres). El trabajo de campo se desarrolló durante los meses de noviembre y diciembre de 2008 y enero de 2009.

Se obtuvo información de un total de 83 talleres realizados durante el 2008, de los cuales 73 se realizaron en centros de la tercera edad (*Casals de Gent Gran*), 6 en centros cívicos, 3 en bibliotecas municipales y uno en un centro de atención primaria. En la *tabla 1* se presentan las características generales de los talleres, así como el lugar donde se realizaron. Los talleres constaban en promedio de cerca de 9 sesiones, cada una de ellas de una hora y media de duración. La mediana de participantes era de 15, con un predominio de mujeres (entre el 72 y el 100% de los participantes). La edad (tener más de 60 años, en un 84,3%) y la capacidad cognitiva (básicamente lectoescritura) en un 67,5%, constituyeron los principales criterios de inclusión, mientras que vivir en el barrio o distrito, o ser miembro o socio del Casal eran criterios de priorización en el 57,8 y el 36,1%, respectivamente. En cuanto a la valoración cognitiva formal, se realizaba al inicio en el 61,5% de los casos, mientras que al finalizar el taller era realizada en una proporción algo inferior (50,6%). En menos de un tercio de los talleres (31,3%) se hacía algún tipo de seguimiento de los asistentes. Los monitores eran principalmente licenciados en psicología (37,3%), educadores sociales (18,1%) y diplomados en enfermería (10,8%), 3%. El 61,5% habían recibido además formación específica sobre talleres de memoria.

Este es el primer estudio que describe las características de los talleres de memoria en nuestro medio. Los resultados del estudio muestran una gran variedad en las características organizativas y de gestión, así como en la formación de los monitores, si bien los contenidos y estrategias utilizados, así como la duración total son bastante homogéneos. De hecho, las características básicas de los talleres son consistentes con las recomendaciones basadas en las evidencias científicas<sup>5</sup>. Sin embargo, debido a que los talleres no forman parte actualmente de una oferta planificada de servicios de salud, su cobertura en términos poblacionales

**Tabla 1** Características de los talleres de memoria ofrecidos en Barcelona, 2008 (n=83)

<i>Duración y participantes</i>	
Número de sesiones (mediana, rango)	8,9 (6-16)
Duración total taller en horas (mediana, rango)	12,7 (8-24)
Número de participantes (n, % mujeres)	15 (87)
<i>Lugar de realización<sup>a</sup></i>	
Casal de Gent Gran <sup>b</sup> (n, %)	73 (88,0)
Instalaciones y centros municipales <sup>c</sup> (n, %)	9 (10,8)
<i>Criterios de inclusión utilizados</i>	
Edad (n, %)	70 (84,3)
Nivel cognitivo (n, %)	56 (67,5)
Vecindad (vivir en el barrio o distrito) (n, %)	48 (57,8)
Pertenencia al Casal (n, %)	30 (36,1)
<i>Valoración cognitiva inicial (n, %)</i>	51 (61,5)
<i>Valoración cognitiva final (n, %)</i>	42 (50,6)
<i>Seguimiento de los participantes después del taller (n, %)</i>	26 (31,3)
<i>Características de los monitores</i>	
Edad (mediana, rango)	40 (28-63)
Formación básica: psicología (n, %)	31 (37,3)
Formación básica: educador social (n, %)	15 (18,1)
Formación básica: diplomado en enfermería (n, %)	12 (10,8)
Formación específica sobre talleres de memoria (n, %)	51 (61,5)

<sup>a</sup>El total suma 82 porque uno de los talleres se desarrolló en un centro de atención primaria.

<sup>b</sup>Centro público de la tercera edad.

<sup>c</sup>Centros cívicos municipales, bibliotecas y otras instalaciones de titularidad municipal.

es presumiblemente baja, por lo que sería necesario valorar su introducción en la cartera de servicios sanitarios, asegurando al mismo tiempo la adecuada evaluación de su calidad y efectividad.

## Bibliografía

1. Tárraga L, Boada M, Modinos G, Espinosa A, Diego S, Morera A, et al. A randomised pilot study to assess the efficacy of an interactive, multimedia tool of cognitive stimulation in Alzheimer's disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2006;77:1116-21.
2. Willis S, Tennstedt SL, Marsiske M, Ball K, Elias J, Koepke KM, for the ACTIVE Study Group. Long term effects of cognitive training on everyday functional outcomes in older adults. *JAMA*. 2006;296:2805-14.
3. Verhaeghen P, Marcossen A, Gossens L. Improving memory performance in the aged through mnemonic training: a meta-analytic study. *Psychol Aging*. 1992;7:242-51.
4. Montejo P, Montenegro M, Reinoso A, de Andrés M, Claver M. Estudio de la eficacia de un programa de entrenamiento de memoria multicéntrico para mayores de 60 años. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 1999;34:199-208.
5. Novoa AM, Juárez O, Mebot M. Efectividad de las intervenciones cognitivas en la prevención del deterioro de la memoria en las personas mayores sanas. *Gac San*. 2008;22:474-82.

Manel Nebot<sup>a,b,c,\*</sup>, Andrea Burón<sup>d</sup>, Maribel Pasarín<sup>a,b,c</sup>,  
Nuria Hortal<sup>a</sup>, Olga Juárez<sup>a,b</sup> y Esther Quintana<sup>e</sup>

<sup>a</sup> Agencia de Salud Pública, Barcelona, España

<sup>b</sup> Consorcio de Investigación Biomédica de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), España

<sup>c</sup> Departamento de Ciencias Experimentales y de la Salud, Universitat Pompeu Fabra, Barcelona, España

<sup>d</sup> Servicio de Evaluación y Epidemiología, Hospital del Mar, Barcelona, España

<sup>e</sup> Direcció d'Acció Social i Ciutadania, Ajuntament de Barcelona, Barcelona, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mnebot@aspb.es (M. Nebot).

doi:10.1016/j.aprim.2011.01.014

## Diagnóstico y tratamiento del trastorno por déficit de atención/hiperactividad: diferencias entre entrevista clínica y prueba psicométrica

### Diagnosis and treatment of attention deficit/hyperactivity disorder: Differences between clinical interview and psychometric testing

Sr. Director:

Dada la prevalencia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en la infancia y adolescencia y las dificultades diagnósticas que se evidencian tanto en la práctica clínica como en la literatura<sup>1</sup>, se planteó un estudio para analizar la concordancia entre los diagnósticos realizados mediante entrevista clínica en pediatría de atención primaria y los realizados en una unidad de salud mental de infancia y adolescencia (USMIA) mediante evaluación psicométrica y entrevista; además, se evaluó la relación entre el tipo de TDAH diagnosticado en la USMIA y el tratamiento prescrito desde esta unidad.

Se realizó un diseño correlacional, transversal, de un único momento de medida. La muestra incluyó todos los pacientes (n=55) con posible diagnóstico de TDAH detectados desde pediatría y derivados a la USMIA durante el año 2009, con edades entre 3 y 15 años y media de  $10 \pm 3,05$ . Posteriormente, en la unidad especializada se realizó una entrevista clínica y se aplicó el SNAP-IV para la evaluación

de la existencia o no del trastorno y del tipo, teniendo en cuenta los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR<sup>2</sup>. En función de la información obtenida, tanto del propio paciente como de los familiares y del contexto escolar, se estableció el tratamiento: farmacológico estimulante, farmacológico no estimulante y no farmacológico.

En los resultados, se constató una demora entre la aparición de síntomas, a juicio de padres y maestros, y el diagnóstico e inicio del tratamiento. En todos los tipos de TDAH fue mayor de 3 años. Este hecho, por sí solo, justificaría el esfuerzo de la administración sanitaria con relación a posibilitar un diagnóstico más temprano.

Respecto al grado de coincidencia entre los diagnósticos establecidos en pediatría y en la USMIA, se observaron relaciones moderadas ( $\chi^2 = 21,99$ ,  $p < 0,01$ , V de Cramer = 0,447), destacando por su coincidencia el tipo combinado (65,8%) y, por la mayor discrepancia, los tipos inatento e hiperactivo. Al analizar la relación entre el diagnóstico de la USMIA y el tratamiento, se obtuvieron relaciones moderadas entre las variables ( $\chi^2 = 14,971$ ,  $p = 0,005$ , V de Cramer = 0,369). El tratamiento que aparece con más frecuencia es el farmacológico estimulante, con el doble de casos que el farmacológico no estimulante y el no farmacológico, cifras comparables a las encontradas en la literatura médica<sup>3</sup> (tabla 1).

Se observó también que el 47% de los casos presenta comorbilidad, siendo la más frecuente los trastornos de conducta en el tipo combinado y especialmente en el hiperactivo, mientras que en el inatento suele ir asociada a trastornos del estado de ánimo o dificultades de aprendizaje. Respecto a los diagnósticos, la escala detectó el doble de casos de inatención que la entrevista clínica, mientras que los pediatras diagnostican casi el triple de casos de tipo hiperactivo/impulsivo que la escala. Hay que señalar la especial dificultad de diagnóstico de la inatención como síntoma y del TDAH con predominio de inatención como síndrome, dadas sus características internalizantes, que resultan menos llamativas y provocan menos perturbación en el contexto. Una importante dificultad en relación al TDAH es la inexistencia de un consenso nacional respecto a protocolo de evaluación e intervención, lo que en la práctica clínica comporta disparidad de criterios diagnósticos y de tratamientos aplicados, así como dificultad pronóstica. Finalmente, en cuanto a la relación entre el tipo de tratamiento pautado y tipo de TDAH, la combinación más frecuente se da entre el farmacológico estimulante y los tipos combinado e hiperactivo/impulsivo, y se observa una clara utilización del farmacológico no estimulante y no farmacológico para el tipo inatento.

Tabla 1 Distribución de tipo tratamiento según diagnóstico de la unidad de salud mental de infancia y adolescencia

	Número	Farmacológico estimulante (%)	Farmacológico no estimulante (%)	No farmacológico (%)
Inatención	10	0	80	20
Hiperactividad	7	73,7	15,8	10,5
Combinado	38	51,6	16,1	32,3
Total		54,5	21,8	23,6