

VERTEX
REVISTA ARGENTINA DE PSIQUIATRÍA
99



15° CONGRESO MUNDIAL DE PSIQUIATRÍA
BUENOS AIRES, ARGENTINA

Revista de Experiencias Clínicas y Neurociencias / Dossier / El Rescate y la Memoria / Confrontaciones / Señales

Volumen XXII - Nº 99 Septiembre - Octubre 2011 - ISSN 0327-6139

Director:
Juan Carlos Stagnaro
Director Asociado para Europa:
Dominique Wintrebert

Comité Científico

ARGENTINA: F. Alvarez, S. Bermann, M. Cetkovich Bakmas, I. Berenstein, R. H. Etchegoyen, O. Gershanik, A. Goldchluk, M. A. Matterazzi, A. Monchablon Espinoza, R. Montenegro, J. Nazar, E. Olivera, J. Pellegrini, D. J. Rapela, L. Ricón, S. L. Rojtenberg, D. Rabinovich, E. Rodríguez Echandía, L. Salvarezza, C. Solomonoff, M. Suárez Richards, I. Vegh, H. Vezzetti, L. M. Zieher, P. Zöpke **AUSTRIA:** P. Berner. **BÉLGICA:** J. Mendlewicz. **BRASIL:** J. Forbes, J. Mari. **CANADÁ:** B. Dubrovsky. **CHILE:** A. Heerlein, F. Lolas Stepke. **EE.UU.:** R. Alarcón, O. Kernberg, R. A. Muñoz, L. F. Ramírez. **ESPAÑA:** V. Baremlit, H. Pelegrina Cetrán. **FRANCIA:** J. Bergeret, F. Caroli, H. Lôi, P. Noël, J. Postel, S. Resnik, B. Samuel-Lajeunesse, T. Tremine, E. Zarifian. **ITALIA:** F. Rotelli, J. Pérez. **PERÚ:** M. Hernández. **SUECIA:** L. Jacobsson. **URUGUAY:** A. Lista, E. Probst.

Comité Editorial

Martín Agrest, Patricio Alba, Norberto Aldo Conti, Pablo Gabay, Claudio González, Gabriela Silvia Jufe, Eduardo Leiderman, Santiago Levin, Daniel Matusevich, Alexis Mussa, Martín Nemirovsky, Federico Rebok, Esteban Toro Martínez, Fabián Triskier, Ernesto Wahlberg, Silvia Wikinski.

Corresponsales

CAPITAL FEDERAL Y PCIA. DE BUENOS AIRES: S. B. Carpintero (Hosp. C.T. García); N. Conti (Hosp. J.T. Borda); V. Dubrovsky (Hosp. T. Alvear); R. Epstein (AP de BA); J. Faccioli (Hosp. Italiano); A. Giménez (A.P.A.); N. Koldobsky (La Plata); A. Mantero (Hosp. Francés); E. Mata (Bahía Blanca); D. Millas (Hosp. T. Alvarez); L. Millas (Hosp. Rivadavia); G. Onofrio (Asoc. Esc. Arg. de Psicot. para Grad.); J. M. Paz (Hosp. Zubizarreta); M. Podruzny (Mar del Plata); H. Reggiani (Hosp. B. Moyano); S. Sarubi (Hosp. P. de Elizalde); N. Stepansky (Hosp. R. Gutiérrez); E. Diamanti (Hosp. Español); J. Zirulnik (Hosp. J. Fernández). **CÓRDOBA:** C. Curtó, J. L. Fitó, A. Sassatelli. **CHUBUT:** J. L. Tuñón. **ENTRE RÍOS:** J. H. Garcilaso. **JUJUY:** C. Rey Campero; M. Sánchez. **LA PAMPA:** C. Lisofsky. **MENDOZA:** B. Gutiérrez; J. J. Herrera; F. Linares; O. Voloschin. **NEUQUÉN:** E. Stein. **RÍO NEGRO:** D. Jerez. **SALTA:** J. M. Moltrasio. **SAN JUAN:** M. T. Aciar. **SAN LUIS:** J. Portela. **SANTA FE:** M. T. Colovini; J. C. Liotta. **SANTIAGO DEL ESTERO:** R. Costilla. **TUCUMÁN:** A. Fiorio.

Corresponsales en el Exterior

ALEMANIA Y AUSTRIA: A. Woitzuck. **AMÉRICA CENTRAL:** D. Herrera Salinas. **CHILE:** A. San Martín. **CUBA:** L. Artilles Visbal. **ESCOCIA:** I. McIntosh. **ESPAÑA:** A. Berenstein; M. A. Díaz. **EE.UU.:** G. de Erasquin; R. Hidalgo; P. Pizarro; D. Mirsky; C. Toppelberg (Boston); A. Yaryura Tobías (Nueva York). **FRANCIA:** D. Kamienny. **INGLATERRA:** C. Bronstein. **ITALIA:** M. Soboleosky. **ISRAEL:** L. Mauas. **MÉXICO:** M. Krassoievitch; S. Villaseñor Bayardo. **PARAGUAY:** J. A. Arias. **SUECIA:** U. Penayo. **SUIZA:** N. Feldman. **URUGUAY:** M. Viñar. **VENEZUELA:** J. Villasmil.

Objetivo de VERTEX, Revista Argentina de Psiquiatría

El objetivo de la revista VERTEX es difundir los conocimientos actuales en el área de Salud Mental y promover el intercambio y la reflexión acerca de la manera en que dichos conocimientos modifican el corpus teórico en que se basa la práctica clínica de los profesionales de dicho conjunto disciplinario.

Reg. Nacional de la Prop. Intelectual: Nro. 207187 - ISSN 0327-6139

Hecho el depósito que marca la ley.

VERTEX, Revista Argentina de Psiquiatría, Vol. XXII Nro. 99 SEPTIEMBRE-OCTUBRE 2011

Todos los derechos reservados. © Copyright by VERTEX

* **Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría, es una publicación de Polemos, Sociedad Anónima.**

Prohibida su reproducción total o parcial por cualquier medio, sin previo consentimiento de su Editor Responsable. Los artículos firmados y las opiniones vertidas en entrevistas no representan necesariamente la opinión de la revista y son de exclusiva responsabilidad de sus autores.

Informes y correspondencia:
VERTEX, Moreno 1785, piso 5
(1093), Buenos Aires, Argentina
Tel./Fax: 54(11)4383-5291 - 54(11)4382-4181
E-mail: editorial@polemos.com.ar
www.editorialpolemos.com.ar

En Europa: Correspondencia
Informes y Suscripciones
Dominique Wintrebert, 63, Bv. de Picpus,
(75012) París, Francia. Tel.: (33-1) 43.43.82.22
Fax.: (33-1) 43.43.24.64
E-mail: wintreb@easynet.fr

Diseño
Marisa G. Henry
marisaghenry@gmail.com
Impreso en:
Sol Print SRL,
Araoz de Lamadrid 1920, Avellaneda

SUMARIO

VERTEX
*Revista Argentina de
Psiquiatría*

Aparición
Bimestral

Indizada en el
acopio bibliográfico
*"Literatura
Latinoamericana en
Ciencias de la
Salud" (LILACS) y
MEDLINE.*

Para consultar
listado completo
de números anteriores:
www.editorialpolemos.com.ar

Ilustración de tapa

*Obra: "Insistirse"
Artista: Pablo Kontos
Técnica: Acrílico y tinta sobre tela
Tamaño: 150 cm x 150 cm
Año: 2011*

pablokontosbsas@yahoo.com.ar
<http://pablokontos.artelista.com/>
<http://pablokontos.blogspot.com/>

REVISTA DE EXPERIENCIAS CLINICAS Y NEUROCIENCIAS

- **Primera investigación epidemiológica multicéntrica utilizando la Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico (GLADP) en la Argentina**
Elías Klubok, David Huanambal,
Héctor Rubinetti, Juan Carlos Stagnaro pág. 325
- **Prevalencia y tamizaje del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en Costa Rica**
Mónica Berrocal, Viviana Peskin, Nicholas Weiss,
Jovita Schuler, Silvia Monge, James J. McGough, Denise Chavira,
Mónica Bagnarello, Luis Diego Herrera, Carol A. Mathews pág. 337
- **Evolución del concepto de calidad de vida: la dimensión subjetiva como factor relevante en las drogodependencias**
Carlos Roncero, Sira Díaz-Morán, Marina Comín,
Laia Miquel, Begoña Gonzalvo, Miguel Casas pág. 343
- **Alcances y límites del efecto placebo**
Sergio Aníbal Halsband pág. 350
- **La interconsulta y las actividades de enlace en el Hospital General: estrategias para su efectividad**
Javier H. Fabrissin pág. 356

DOSSIER

- 15º Congreso Mundial de Psiquiatría**
"Nuestro legado y nuestro futuro" pág. 368
- **Historia de los Congresos Mundiales de Psiquiatría** pág. 375
- **La formación de médicos residentes de Psiquiatría** pág. 376

ENTREVISTAS

- **Entrevista a Graham Thornicroft**
Por Martín Agrest pág. 377
- **Entrevista a Luis Salvador Carulla**
Por Ernesto Wahlberg pág. 380
- **Entrevista a Michel Thase**
Por Silvia Wikinski pág. 382
- **Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL)**
Declaración del Río de la Plata pág. 385

EL RESCATE Y LA MEMORIA

- **Dos psiquiatras argentinos en el 1º Congreso Mundial de Psiquiatría: Enrique Eduardo Krapf y Carlos R. Pereyra** pág. 386

CONFRONTACIONES

- **Historia del publicitado "manicomio" de Allen, Río Negro**
Jorge Pellegrini pág. 392
- **Platón y los médicos y sus pacientes**
Elpidio Olivera pág. 396

EDITORIAL



Entre el 18 y el 22 de septiembre de este año la ciudad de Buenos Aires ha sido sede del principal evento científico de la especialidad en el mundo: el 15° Congreso Mundial de Psiquiatría, organizado por la Asociación Mundial de Psiquiatría (WPA), con el apoyo de las asociaciones psiquiátricas argentinas miembros de ese organismo internacional.

Como informamos en las páginas de este número de Vertex, el Congreso convocado en Buenos Aires, congregó a 14.000 especialistas médicos psiquiatras y otros profesionales del campo de la Salud Mental. Psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales asistieron en gran número y compartieron investigaciones, teorías psicopatológicas, técnicas terapéuticas y experiencias sanitarias en todos los dominios de su quehacer. Fue muy importante el espacio dedicado por los participantes a las técnicas de rehabilitación y reinserción social, y a los problemas derivados de las dificultades generadas por las carencias presupuestarias en tiempos de crisis financiera de muchos países, tanto de altos como de bajos ingresos. Hubo consenso en muchas de las ponencias en la necesidad de acentuar el trabajo comunitario, pero también preservar las unidades de internación especializadas, o monovalentes, para la atención de los casos de trastornos mentales severos. Este Congreso multitudinario hace serie con el Congreso Latinoamericano organizado por la Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL) que tendrá lugar también en Buenos Aires en octubre de 2012, marcando a nuestro país como un punto de referencia de la especialidad a nivel regional y mundial.

Ambos eventos constituyen puntos de llegada de los desarrollos que los psiquiatras argentinos vienen realizando en las últimas décadas, y también puntos de partida de nuevos logros que desafían su capacidad teórica y técnica.

Si algunas enseñanzas iniciales corresponde rescatar de los intensos intercambios que surgieron en las sesiones del Congreso es que para mejorar el nivel local debemos encarar decididamente estudios epidemiológicos, profundizar las características nosográficas aplicadas a la clínica de nuestra realidad cotidiana, interrelacionar profundamente la psiquiatría del nivel asistencial con las expresiones de la especialidad a nivel universitario, organizar la formación de postgrado homogéneamente a nivel nacional e incidir más directamente en la formulación de los planes estatales de Salud Mental apuntando a una transformación, modernización y ampliación del sistema de atención en el campo de la Salud Mental, tanto a nivel de la prevención como en el de la asistencia y la rehabilitación brindadas por la psiquiatría clínica.

Este programa de trabajo requiere ser comunicado sistemáticamente a la comunidad científica argentina por vía de la publicación de los resultados de las experiencias, criterios y principios que rijan nuestro quehacer. Tal acción es indispensable para registrar y pensar la realidad de nuestra Salud Pública de manera autocentrada y corregir la marcha de los planes iniciados. Las páginas de Vertex intentan reflejar esa producción y están siempre disponibles para albergarla. En ese sentido hace falta una política vigorosa de estímulo a la publicación en la especialidad: desde siempre nos caracterizó el mucho hacer y poco publicar lo hecho. Un déficit crónico que es necesario corregir. En los países en los que este problema no es tan evidente la comunidad psiquiátrica está sujeta a la necesidad de publicar porque ese rubro adquiere una gran importancia en los concursos de las carreras hospitalaria y universitaria. Por otro lado, los autores se sienten imbuidos de la capacidad degenerar conocimientos y no solamente ser consumidor de ellos, actuando como meros repetidores en eco de lo que se produce en otras latitudes ■

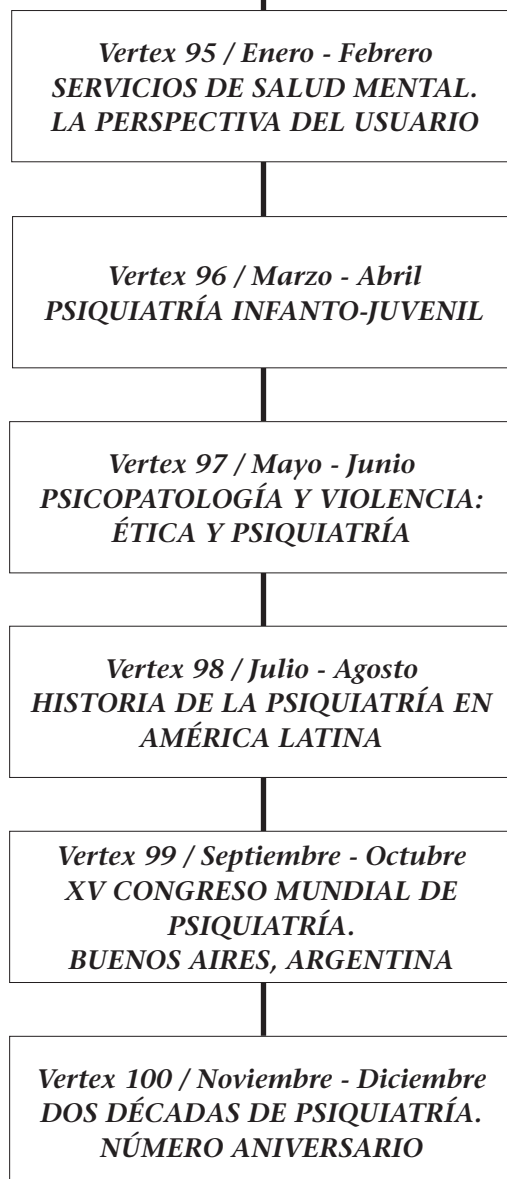
REGLAMENTO DE PUBLICACIONES

Los artículos que se envíen a la revista deben ajustarse a las normas de publicación que se especifican en el sitio www.editorialpolemos.com.ar

MÉTODO DE ARBITRAJE

Los trabajos enviados a la revista son evaluados de manera independiente por un mínimo de dos árbitros, a los que por otro lado se les da a conocer el nombre del autor. Cuando ambos arbitrajes son coincidentes y documentan la calidad e interés del trabajo para la revista, el trabajo es aceptado. Cuando hay discrepancias entre ambos árbitros, se solicita la opinión de un tercero. Si la opinión de los árbitros los exige, se pueden solicitar modificaciones al manuscrito enviado, en cuyo caso la aceptación definitiva del trabajo está supeditada a la realización de los cambios solicitados. Cuando las discrepancias entre los árbitros resultan irreconciliables, el Director de VERTEX toma la decisión final acerca de la publicación o rechazo del manuscrito.

TEMAS DE LOS DOSSIERS DEL AÑO 2011





*revista de
experiencias
clínicas y neurociencias*



Primera investigación epidemiológica multicéntrica utilizando la Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico (GLADP) en la Argentina

Elías Klubok

*Médico Psiquiatra y Psicoanalista. Director a cargo de Programas Especiales de Salud Mental de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires
E-mail: esklubok@gmail.com*

David Huanambal

*Médico Psiquiatra. Médico del Servicio de Neurología del Hospital Dr. J.T. Borda
E-mail: dhuana@intramed.net*

Héctor Rubinetti

*Médico Psiquiatra y Psicólogo. Presidente de la Sociedad Argentina de Medicina y Psicología Familiar
E-mail: hrubinetti@yahoo.com.ar*

Juan Carlos Stagnaro

*Profesor Regular Titular y Director del Departamento de Salud Mental, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires
E-mail: stagnaro@speedy.com.ar*

Resumen

Los sistemas clasificatorios de uso corriente para realizar comunicaciones científicas y estudios epidemiológicos, presentan diferencias y características particulares. En nuestra región se ha desarrollado la Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico [GLADP], que si bien respeta características generales de la propuesta por la Organización Mundial de la Salud, contiene algunas diferencias. Esta Guía se ha empleado en estudios clínicos y epidemiológicos en México y en Perú. En este artículo se presenta un estudio epidemiológico sobre el diagnóstico psiquiátrico de personas que solicitan atención en Servicios de psiquiatría, psicopatología y centros de Salud Mental en seis distritos de la República Argentina empleando la Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico. Se incluyeron 374 pacientes de primera consulta en centros de atención públicos. Los diagnósticos más prevalentes fueron los trastornos de ansiedad, los trastornos del humor con predominancia de las depresiones, las psicosis y las adicciones. Entre los datos contextuales, el más frecuentemente mencionado como agravante fue la familia. Un 25% de la muestra estaba desocupada al momento de la entrevista. Una característica original de la GLADP es la inclusión de información cualitativa, la que reveló resultados sobre las relaciones entre ocupación y calidad de vida y entre educación y calidad de vida dando un promedio más favorable a los profesionales y comerciantes independientes sobre las personas que trabajan en relación de dependencia, y de los individuos con estudios secundarios y universitarios y otros terciarios sobre los que alcanzaron solamente educación primaria. Este primer estudio epidemiológico empleando este instrumento clasificatorio deberá ser replicado en distintos lugares a fin de contrastar su validez.

Palabras clave: Sistemas clasificatorios - Diagnóstico psiquiátrico - Epidemiología de los trastornos mentales - Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico - GLADP

 FIRST MULTICENTER EPIDEMIOLOGICAL RESEARCH USING THE LATIN AMERICAN GUIDE FOR PSYCHIATRIC DIAGNOSIS (GLADP) IN ARGENTINA

Summary

Classification systems usually employed in clinical investigation as well as for epidemiological purposes present different characteristics. In latinamerican region it has been developed a Guide called Guía Latinoamericana para el Diagnóstico de las Enfermedades Mentales (GLADP), originally based on the one proposed by the World Health Organization with several modifications. It has been employed in investigations performed in Mexico and Peru. In this work we inform the epidemiological results obtained by the employment of the GLADP in a sample of 374 patients consulting in public hospitals or mental health services in different regions of Argentina. Most prevalent disorders were anxiety and mood disorders (depressive disorders), psychosis and addictive disorders. Among context factors reported as having impact in mental health status, the more frequently mentioned was the family. 25% of the sample was unemployed. An original characteristic of GLADP is the inclusion of qualitative data. By the qualitative interview it became clear a relationship between occupation and education status and quality of life, being more favorable for professionals and business men in comparison with people employed by a third party. People with tertiary or secondary studies reported also a better quality of life than people with primary studies. These preliminary data, obtained for the first time by the employment of the GLADP in Argentina should be further confirmed.

Key words: Classification systems - Psychiatric diagnosis - Epidemiology of mental disorders - Latin American Guide for Psychiatric Diagnosis - GLADP

Introducción

Los sistemas clasificatorios son formas de producir y asentar diagnósticos, con criterios y parámetros que permiten definir y diferenciar cuadros sintomáticos (categorizados en trastornos o síndromes), y en algunas ocasiones enfermedades.

Actualmente hay consenso en que los sistemas grafiquen distintas variables, dada la complejidad del fenómeno psicopatológico, puesto que este incluye en sí mismo, no solo aspectos psicológicos o biológicos, sino también micro-sociales, macrosociales y culturales específicos para cada región y grupo étnico. Por lo tanto, los sistemas tienden a ser multiaxiales para intentar dar cuenta y registro, aunque sea aproximado, de los factores en juego de quienes padecen patología o trastornos que habitualmente se incluyen en el área de lo psíquico.

A pesar de las críticas intrínsecas que se le han formulado en estas últimas décadas en nuestro medio al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la American Psychiatric Association (DSM IV), esa clasificación ha sido utilizada como sistema de referencia por muchos profesionales e instituciones en la Argentina. Sin embargo, el DSM, concebido para los EE. UU., orienta y propone sus categorías allende las fronteras de su país de origen, aunque frecuentemente no contempla categorías de diagnóstico habituales en nuestro país.

La CIE, Clasificación Internacional de Enfermedades, publicada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la primera clasificación consensuada a nivel mundial, ha sido el producto de diversos esfuerzos realizados principalmente por países europeos que participaron activamente en el origen de la misma y es el antecedente e inspiración de algunas clasificaciones regionales o zonales, entre ellas la propia clasificación norteamericana (DSM).

La Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico (GLADP) publicada en 2004, es un derivado zonal latinoamericano de la Clasificación Internacional de las Enfermedades versión décima (CIE 10 ó ICD 10 en sus siglas en inglés), que ha sido creada por psiquiatras latinoamericanos tomando como base el Capítulo V (trastornos Mentales y

del comportamiento) de dicha clasificación internacional.

La GLADP incluye los tres ejes de la CIE 10 multiaxial: Eje I (diagnósticos psiquiátricos y clínicos), Eje II (discapacidades) y Eje III (factores contextuales relacionados con los problemas mentales); a lo cual agrega un IV Eje (calidad de vida) donde se expresa numéricamente en una escala, las condiciones y la satisfacción o insatisfacción personal en relación a como vive la persona que consulta. Además consta de un segundo componente llamado formulación idiográfica consistente en tres secciones que recogen la opinión e ideas del consultante sobre su padecimiento, origen y capacidades (debilidades y fortalezas) para su resolución; permitiendo así, entre otras virtudes, adentrarse en las creencias, costumbres y modos de enfermar típicos del área latinoamericana. A diferencia del DSM respeta todos los criterios contenidos en la Clasificación Internacional de Enfermedades versión décima, y realiza recomendaciones para su utilización en Latinoamérica.

La GLADP ya ha sido utilizada en estudios epidemiológicos en otros países de la región.

La Argentina posee un territorio vasto en tamaño y con climas y geografías muy diferentes. Su población esta compuesta, en gran parte, por inmigrantes que llegaron en los dos últimos siglos desde Europa, y también, más recientemente, por otros movimientos migratorios, desde países limítrofes. Estos se han sumado a las poblaciones originarias de las distintas regiones del país en combinaciones étnicas abiertas y profundas y se han desplazado por el territorio mediante fuertes movimientos migratorios internos en diferentes épocas. El acceso al sistema sanitario es desigual en las distintas zonas del país. Se mencionan estas características demográficas y sanitarias porque es esperable su incidencia en la configuración epidemiológica local en Salud Mental.

A pesar de su larga tradición en el campo de la psiquiatría y la Salud Mental, de la existencia de un número significativo de instituciones de esa especialidad en su red sanitaria y pese al numeroso caudal de profesionales en ese dominio, nuestro país adolece de una carencia de registros y estudios epidemiológicos de los trastornos mentales y los motivos de consulta en el área de la Salud Mental.

Esa es una de las causas que condujo a realizar el presente trabajo en la admisión a Servicios y equipos de psiquiatría y psicopatología, de instituciones monovalentes (hospitales psiquiátricos y centros de salud mental) y polivalentes (hospitales generales) pertenecientes a seis provincias de la Argentina. Las instituciones que participaron del estudio difieren en su talla, infraestructura edilicia, cantidad de profesionales que trabajan en ellas y número de consultas anuales.

Para registrar las categorías diagnósticas se utilizó como instrumento la Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico (GLADP).

Estudio de campo y primera experiencia de investigación utilizando la GLADP en la Argentina

A fin de complementar los estudios teóricos realizados por sus miembros con experiencias de campo, y producir investigaciones epidemiológicas originales en la Argentina, el Capítulo de Clasificación y Diagnóstico de la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA), con la colaboración de diversos centros asistenciales, realizó una investigación, utilizando como sistema de diagnóstico la Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico (GLADP).

Primero se evaluó la factibilidad y su aplicación en entrevistas diagnósticas piloto realizadas por profesionales psiquiatras con pacientes del área de la Capital Federal y el Gran Buenos Aires, y a partir de sus resultados se formalizó un protocolo que fue aplicado en doce centros asistenciales de nuestro país, ubicados en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y cinco provincias (Buenos Aires, Neuquén, Jujuy, Santa Fe y San Luis). La toma de las entrevistas en esas localidades y centros se realizó en forma aleatoria entre los meses de octubre y diciembre de 2009, respetando la modalidad de admisión de cada centro de referencia. En algunos distritos se otorgó una prórroga para completar los datos hasta el 31 de enero de 2010.

Había al menos dos objetivos diferentes: en primer lugar realizar un trabajo de campo y de investigación autóctono sobre la demanda poblacional y los problemas de atención frecuentes en psicopatología y psiquiatría en la Argentina. En segundo lugar utilizar un sistema clasificatorio alternativo a los ya conocidos, para registrar las problemáticas en salud mental en nuestra población. Como se señaló en la Introducción, la Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico GLADP nos pareció un instrumento interesante a utilizar para relevar además, factores culturales locales y problemáticas ambientales particulares en la Argentina. Su utilización en otros países como México, Ecuador y Perú, y la posibilidad de hacer una experiencia local en Argentina nos alentó a los que participamos en esta experiencia.

Su segunda parte idiográfica, de carácter narrativo y relatada por el paciente, resalta aspectos de las creencias y cultura de quienes consultan, lo cual no es un hecho menor a la hora de entrevistarlos, pues busca relevar nada menos que la idea de salud, salud mental, de enfermedad y la idea de su curación, así como los prejuicios e ideas sobre los métodos de tratamiento, las creencias sobre la propia dolencia, y hasta aspectos poco relevados habitualmente como son la religiosidad y las cosmovisiones de quienes nos consultan.

Tipo de investigación

La investigación que se presenta es de tipo descriptiva, cualicuantitativa y prospectiva.

Objetivo

Relevamiento de datos epidemiológicos de población consultante a servicios de salud mental en la Argentina utilizando la Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico (GLADP).

Materiales y métodos

La investigación comenzó con la producción de un diseño de entrevista que luego sería aplicado tomando primeras entrevistas en servicios hospitalarios de psiquiatría, psicopatología y centros de salud mental. Continuó con la búsqueda de efectores que fueran adecuados y estuvieran dispuestos a participar en la investigación. Luego se realizaron reuniones a fin de familiarizar a quienes iban a entrevistar los pacientes consultantes con la GLADP y con aspectos de la puesta en común para completar las planillas con los datos imprescindibles para poder realizar luego la investigación sobre las muestras de campo obtenidas.

La segunda etapa consistió en la toma de entrevistas diagnósticas en forma aleatoria, sobre la demanda de admisión de los distintos servicios participantes; teniendo en cuenta la modalidad de admisión de cada uno de los efectores.

Se practicaron:

- a. Entrevistas realizadas por médicos psiquiatras y otros expertos en salud mental familiarizados con la realización del diagnóstico y manejo de la Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico (GLADP).
- b. Confeción de las respuestas al cuestionario, de la Formulación Idiográfica (CFDI), utilizando la GLADP para codificar los diagnósticos.

Muestra

Se tomaron muestras de poblaciones en distintas provincias y ciudades de la República Argentina según diseño de investigación.

La población encuestada estuvo conformada por consultantes espontáneos o derivados a servicios de psicopatología, psiquiatría y salud mental.

La experiencia multicéntrica realizada tomó casos surgidos de la demanda espontánea en distintos efectores de salud en servicios monovalentes, polivalentes y centros de salud con servicio de psiquiatría incluidos en los mismos, ubicados en las provincias de Buenos Aires, Santa Fe, San Luis, Neuquén, Jujuy y Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA). Por no ser enviados a tiempo no se pudieron incluir los datos de entrevistas realizadas en la provincia de Jujuy. Centros participantes: hospitales "J. T. Borda", "C. Grierson", "I. Pirovano", "B. Rivadavia" y Centro de Salud Mental N° 3 (CABA); hospitales "Castro Rendón" y Cutral Cò (Provincia de Neuquén); hospital "Eva Perón" (Provincia de Santa Fe); Centro de Salud Mental Physis (Provincia de San Luis); hospitales Central de San Isidro, Paroissien y Centro de Psicopatología de Ramos Mejía (Provincia de Buenos Aires).

Los datos relevados que presentamos graficados y comparados en esta primera comunicación incluyen:

- a. Lugar de consulta.
- b. Lugar de residencia.
- c. Edad.
- d. Sexo.
- e. Estado civil.
- f. Nivel educacional.
- g. Empleo.
- h. Utilizando la GLADP se relevaron: Diagnósticos clínicos (Eje I), Discapacidades (Eje II), Factores contextuales (Eje III) y Calidad de vida (Eje IV).

Para el eje IV se utilizó como escala el Índice de Calidad de Vida con 10 ítems con puntuación arrojando un valor numérico que se promedia y vuelca a una escala entre 0 a 10 con intervalos puntuables tabulados de 0,5 puntos.

Criterios de inclusión

1) Consultantes de primera vez al servicio o institución de salud mental 2) con o sin antecedentes de consultas o tratamientos anteriores, 3) por demanda espontánea o por derivación de otros sectores de salud, 4) con edad igual o mayor a 18 años, 5) que hayan sido entrevistados por profesionales entrenados en el uso de sistemas clasificatorios y conocimientos clínicos suficientes para realizar los diagnósticos.

Criterios de exclusión

1) Pacientes ya en tratamiento en los servicios de psicopatología participantes, 2) menores de 18 años, 3) pacientes que no deseen participar del estudio o no se obtenga el consentimiento de los mismos o familiares responsables para la realización del mismo.

Período de realización

Octubre a diciembre de 2009 y por motivos de optimización y operativos con la propuesta, se extendió hasta el 31 de enero de 2010.

Procesamiento de datos

Los datos fueron centralizados en el Capítulo de Nomenclatura Clasificación y Diagnóstico de la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA). Se aplicaron los estándares de investigación utilizando la GLADP propuestos en el marco de otras investigaciones realizadas en Latinoamérica con igual propósito, en el marco de la Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL).

Se tomaron y enviaron en tiempo y forma 374 entrevistas que cumplieron con los datos y requisitos necesarios para ser procesadas en la muestra.

Para la ponderación de los datos relevados y a fin de homogeneizar la muestra en algunos centros se utilizaron correctores de muestra de acuerdo a edad, sexo, prevalencia de psicosis y niveles de educación. El procesamiento se realizó utilizando el sistema SPSS versión 10.0, que permite cruzar datos y dar información para el análisis de los datos obtenidos.

Autorizaciones y normas éticas aplicadas

Se gestionaron por parte de los profesionales que participaron en la investigación en sus correspondientes instituciones los permisos ante las autoridades de los hospitales y ante los jefes de servicio. Los permisos para realizar las entrevistas, fueron hechos por solicitud de APSA y su Capítulo de Nomenclatura Clasificación y Diagnóstico.

En todos los casos se solicitó el consentimiento previo de los consultantes para la realización de la entrevista, explicitándoles que su objetivo tenía exclusivamente fines de investigación diagnóstica y epidemiológica. El relevamien-

to y el tratamiento de datos se hicieron bajo normas de confidencialidad preservando la identidad de los consultantes.

Resultados

La Ciudad Autónoma de Buenos Aires relevó en sus cinco centros el 33,2% de la muestra, correspondiendo la mayoría a población residente en la misma ciudad salvo en los efectores ubicados en la zona sur de la ciudad, con un porcentaje importante proveniente de la zona sur del conurbano. La provincia de Neuquen aportó el 13,4% de la muestra, Rosario y zona de influencia el 7,7%, Villa Mercedes, provincia de San Luis, el 8,8% y el Gran Buenos Aires provincia de Buenos Aires, el 36,9%.

Es interesante analizar las muestras estratificadas según región encuestada donde aparecen problemáticas zonales de importancia por ejemplo en el interior de Neuquen con el problema de las adicciones y la soledad en relación con el tipo de trabajo predominante en la zona, o la demanda concentrada en un efector monovalente de capital federal que recibe derivaciones del sur del conurbano pero también en general de todo el país por ser un centro de referencia.

Se trabajaron en esta comunicación solamente los ejes I a IV. Los resultados se presentan en tablas uni y bivariadas. Las primeras tablas muestran datos demográficos univariados de la población encuestada de manera abreviada.

Tabla 1. Sexo.

	Sexo	
	Frecuencia	%
Mujer	200	53,5 %
Hombre	174	46,5 %
Total	374	100 %

Tabla 2. Edad

	Edad	
	Frecuencia	%
18 a 30	109	29,1 %
31 a 44	110	29,4 %
45 a 59	93	24,9 %
60 ó mas	62	16,6 %
Total	374	100 %

Tabla 3. Estado civil.

	Estado	
	Frecuencia	%
Soltero	152	40,6 %
Casado	86	23,0 %
Separado	58	15,4 %
Divorciado	30	8,1 %
Concubino	24	6,3 %
Viudo	25	6,6 %
Total	374	100 %

Tabla 4. Escolaridad.

	Escolaridad	
	Frecuencia	%
Primaria	82	22,0 %
Secundaria	20	55,9 %
Terc./ Univers	82	22,0 %
Total	37	100 %

A continuación, resultados en tablas bivariadas, tomando en el eje I las enfermedades clínicas generales (Tabla 6a) comparadas según sexo y según edad.

Tabla 5. Ocupación.

	Ocupación	
	Frecuencia	%
Desocupado	103	27,5 %
Ama de casa/Estud. /Jubil.	103	27,5 %
Empleado/ Técnico en dep.	120	32,1 %
Comerciante/Prof. sin rel.	48	12,9 %
Total	374	100 %

La hipertensión arterial, la diabetes y los trastornos tiroideos por hipotiroidismo, han sido los trastornos clínicos generales más frecuentemente relevados en este

Tabla 6a. Enfermedades clínicas relevadas con sexo y edad.

EJE I - Trastornos Clínicos - Trastornos médicos generales								
		Sexo		Edad				Total
		Mujer	Hombre	18 a 30	31 a 44	45 a 59	60 ó +	
Ninguno	Frecuencia	95	135	88	91	37	15	230
	% columna	62,8	60,6	76,1	76,2	43,4	26,6	61,4
Hipertensión arterial	Frecuencia	15	19		2	19	14	35
	% columna	10,0	8,7		1,7	22,1	25,0	9,2
Digestivas	Frecuencia	8	18	2	6	9	9	26
	% columna	5,3	8,0	2,0	5,1	10,1	16,6	7,0
Reumáticas	Frecuencia	9	11	1	3	12	5	21
	% columna	6,0	5,1	,6	2,7	13,7	9,1	5,5
Endocrinas y nutricionales	Frecuencia	12	5	2	5	7	2	17
	% columna	7,7	2,4	2,0	4,6	8,3	3,8	4,5
Cardiovascul.	Frecuencia	4	12	1	1	4	11	17
	% columna	2,9	5,6	,8	,7	4,7	20,3	4,5
Diabetes	Frecuencia	6	7	1	1	7	5	13
	% columna	4,0	3,3	,6	,8	8,4	8,4	3,6
Genitales	Frecuencia	4	8	1	2	8	2	12
	% columna	2,7	3,7	1,2	1,3	9,2	2,9	3,3
Autolesiones	Frecuencia		12	12				12
	% columna		5,4	10,5				3,2
Neurológicas	Frecuencia	5	6	4	4	4		11
	% columna	3,5	2,8	3,4	3,4	4,2		3,1
Quirúrgicas y accidentales	Frecuencia	1	9	2	8		1	10
	% columna	1,0	3,8	1,5	6,3		1,3	2,7
Hipotiroidismo	Frecuencia	8	1	1	2	4	3	9
	% columna	5,3	,5	,6	1,4	5,0	4,6	2,5
Neoplasias sistémicas	Frecuencia	2	6		1	7		8
	% columna	1,4	2,7		,7	8,6		2,2
Ojo/ oído	Frecuencia	2	2	2		1	1	4
	% columna	1,3	1,0	1,8		,9	2,4	1,1

Respiratorias	Frecuencia	2	1			0	2	3
	% columna	1,3	,3			,5	4,0	,7
Piel	Frecuencia		3	1	1	1		3
	% columna		1,2	,8	,7	1,0		,7
Renales	Frecuencia	1	0			1		1
	% columna	,5	,2			1,4		,3
Otros	Frecuencia		1				1	1
	% columna		,4				1,5	,2
Total	Frecuencia	151	223	115	119	85	55	374
	% columna	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

- Base: Entrevistados que señalaron Trastornos Médicos Generales (144) - Respuestas.

Tabla 6b. Enfermedades clínicas relevadas con ocupación y escolaridad.

EJE I - Trastornos Clínicos - Trastornos médicos generales

		Ocupación			Escolaridad			Total
		No activo	Emp/Téc en rel. dep.	Com/Prof. sin rel. dep.	Primaria	Secund.	Terc./Univers.	
Ninguno	Frecuencia	119	82	29	45	127	58	230
	% columna	57,7	68,1	60,9	54,8	60,5	70,6	61,4
Hipertensión arterial	Frecuencia	23	8	4	16	14	4	35
	% columna	11,0	6,5	8,8	20,0	6,6	5,1	9,2
Digestivas	Frecuencia	21	5		5	17	4	26
	% columna	10,4	3,8		5,8	8,1	5,2	7,0
Reumáticas	Frecuencia	17	1	2	7	11	3	21
	% columna	8,4	1,2	3,7	8,6	5,1	3,2	5,5
Endocrinas y nutricionales	Frecuencia	9	4	4	5	10	2	17
	% columna	4,5	3,5	7,4	5,8	4,8	2,5	4,5
Cardiovascul.	Frecuencia	8	7	1	4	10	3	17
	% columna	4,0	6,1	2,8	4,8	4,8	3,6	4,5
Diabetes	Frecuencia	6	6	1	7	4	3	13
	% columna	3,0	4,7	3,0	8,2	1,9	3,2	3,6
Genitales	Frecuencia	9	2	1	3	6	3	12
	% columna	4,5	1,4	2,8	4,1	2,9	3,4	3,3
Autolesiones	Frecuencia	12				12		12
	% columna	5,9				5,8		3,2
Neurológicas	Frecuencia	6	4	1	3	7	2	11
	% columna	3,0	3,3	2,8	3,5	3,3	1,9	3,1
Quirúrgicas y accidentales	Frecuencia	2	2	6	1	8	1	10
	% columna	,8	2,0	12,6	1,1	3,7	1,8	2,7
Hipotiroidismo	Frecuencia	5	3	1	3	2	4	9
	% columna	2,5	2,8	1,5	3,9	1,1	4,6	2,5
Neoplasias sistémicas	Frecuencia	8			1	6	1	8
	% columna	3,9			1,6	2,9	,9	2,2
Ojo/ oído	Frecuencia	3	2		1	3	1	4
	% columna	1,2	1,3		,9	1,2	1,0	1,1
Respiratorias	Frecuencia	2		0		1	1	3
	% columna	1,1		,9		,7	1,4	,7

		Ocupación			Escolaridad			Total
		No activo	Emp/ Téc en rel. dep.	Com/ Prof. sin rel. dep.	Primaria	Secund.	Terc./ Univers.	
Respiratorias	Frecuencia	2		0		1	1	3
	% columna	1,1		,9		,7	1,4	,7
Piel	Frecuencia	2		1		2	1	3
	% columna	,9		1,8		,8	1,1	,7
Renales	Frecuencia		1		1	0		1
	% columna		1,0		,9	,2		,3
Otros	Frecuencia	1			1			1
	% columna	,4			1,0			,2
Total	Frecuencia	206	120	48	82	209	82	374
	% columna	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

- Base: Entrevistados que señalaron Trastornos Médicos Generales (144) - Respuestas.

estudio como comorbilidad de los trastornos mentales.

En la Tabla 7 los diagnósticos principales más prevalen-

tes relevados en el eje I de trastornos mentales agrupados en categorías diagnósticas generales, según los códigos de la CIE 10 y GLADP se entrecruzan con sexo y edad.

Tabla 7. Trastornos mentales relacionados con sexo y edad.

		Sexo		Edad				Total	
		Mujer	Hombre	18 a 30	31 a 44	45 a 59	60 ó +		
Trastornos Mentales	F40 a F49	Frecuencia	52	67	40	28	36	16	119
		% columna	34,7	30,0	34,5	23,4	42,7	28,2	31,9
	F30 a F39	Frecuencia	50	52	17	22	35	29	103
		% columna	33,5	23,4	14,8	18,7	41,0	51,9	27,4
	F60 a F69	Frecuencia	28	56	25	40	15	4	83
		% columna	18,3	25,0	21,9	33,2	17,7	6,7	22,3
	F20 a F29	Frecuencia	15	37	23	23	4	2	51
		% columna	9,7	16,4	19,9	19,4	4,5	2,7	13,7
	F10	Frecuencia	3	31	1	18	12	3	34
		% columna	1,7	13,9	,8	15,0	13,7	5,9	9,0
	F11 a F18	Frecuencia		33	17	8	7	2	33
		% columna		15,0	15,0	6,4	8,2	2,8	8,9
	F19	Frecuencia	2	14	6	11			17
		% columna	1,6	6,5	5,0	9,3			4,5
	F00 a F09	Frecuencia	9	8	1	1	3	11	16
		% columna	5,8	3,4	,6	1,1	3,3	20,7	4,3
	F50 a F59	Frecuencia	6	2	3	3	2		8
		% columna	3,6	1,0	2,7	2,4	2,0		2,0
	Z63.4	Frecuencia	3	1	1	1	1	1	4
		% columna	2,2	,3	1,2	,6	1,5	1,3	1,1
F70 a F79	Frecuencia	2	1	2	1			3	
	% columna	1,1	,7	2,0	,7			,8	
Z63.0	Frecuencia	2			2	1		2	
	% columna	1,5			1,3	,9		,6	
F80 a F89	Frecuencia		2	2				2	
	% columna		,8	1,5				,5	

			Sexo		Edad				Total
			Mujer	Hombre	18 a 30	31 a 44	45 a 59	60 ó +	
Trastornos Mentales	Z63.5	Frecuencia		1		1			1
		% columna		,4		,7			,2
	Z72.0	Frecuencia		1				1	1
		% columna		,4				1,6	,2
	Z03.2	Frecuencia	1			1			1
		% columna	,6			,7			,2
	Z63	Frecuencia	1					1	1
		% columna	,5					1,3	,2
	F90 a 99	Frecuencia		1	1				1
		% columna		,3	,5				,2
	Z56	Frecuencia		1	1				1
		% columna		,3	,5				,2
	Z60.0	Frecuencia							0
		% columna	,3					,8	,1
	Total	Frecuencia	151	223	115	119	85	55	374
		% columna	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

- Base: Total de entrevistados (374) - Respuestas múltiples.

Referencias: F40-49: Trastornos neuróticos, estrés y somatomorfos, F30-39: Trastornos del humor, F20-29: Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delusivos, F60-69: Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos, F10: Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso del alcohol, F11-18: trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de otras sustancias de abuso, F19: trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples drogas o de otras sustancias psicoactivas, F00-09: trastornos mentales orgánicos, incluyendo los sintomáticos, F50-59: síndrome del comportamiento asociado con alteraciones fisiológicas y factores físicos, Z63.0: Problemas de relación entre esposo o pareja, F80-89: trastornos del desarrollo psicológico, Z63.5: Ruptura familiar por separación o divorcio, Z72.0: Uso de tabaco, Z03.2: Observación por sospecha de trastorno mental o de la conducta; Z63: Otros problemas relacionados con el grupo primario de apoyo, F90-99: Trastornos emocionales y del comportamiento, niñez y adolescencia, Z56: Problemas relacionados al empleo y desempleo, Z60.0: Problemas de ajuste a las transiciones de los ciclos vitales.

Aquí aparecieron en orden de prevalencia: trastornos neuróticos, trastornos del humor, trastornos de personalidad, los trastornos psicóticos, el alcoholismo en sus distintas formas que se desagregó especialmente para mostrar su prevalencia en la muestra de otras adicciones y de las adicciones a varias sustancias. Con frecuencia menor se diagnosticaron como problema principal, los trastornos orgánicos, los trastornos de la alimentación y fisiológicos así como los otros diagnósticos relevados en la muestra relacionados con problemas psicosociales.

A continuación, se muestran los resultados presentados en forma univariada (Tablas 8, 9, 10 y 11) mostrando las distintas áreas de discapacidad en el EJE II.

Tabla 8. Eje II - Discapacidades.

	Eje discapacidad/ Área Cuidado	
	Frecuencia	%
No	221	59,1 %
Leve	80	21,3 %
Moderado	51	13,6 %
Grave	19	5,0 %
Sin	4	1,0 %
Total	374	100,0 %

Tabla 9. Eje II - Discapacidades.

	Eje discapacidad /Área Ocupacional/Trabajo/ Estudio	
	Frecuencia	%
No	122	32,5 %
Leve	86	23,0 %
Moderado	99	26,4 %
Grave	53	14,3 %
Muy	11	3,0 %
Sin	3	0,8 %
Total	374	100,0 %

Tabla 10. Eje II - Discapacidades.

	Eje discapacidad/ Área Familiar	
	Frecuencia	%
No	83	22,2 %
Leve	102	27,3 %
Moderado	118	31,5 %
Grave	58	15,6 %
Muy	11	2,9 %
Sin	2	,6 %
Total	374	100,0 %

Tabla 11. Eje II - Discapacidades.

	Eje discapacidad Área Social	
	Frecuencia	%
No	88	23,6 %
Leve	92	24,5 %
Moderado	111	29,6 %
Grave	68	18,2 %
Muy	12	3,2 %
Sin	3	,8 %
Total	374	100,0 %

Y una Tabla bivariada en el eje III entrecruzando los factores contextuales, con sexo y edad (Tabla 12).

Las Tablas 13 y 14 son bivariadas y muestran cali-

dad de vida según sexo, edad y según tipos de ocupación laboral, nivel educativo.

Se presentan resultados en forma univariada según ocupación, educación y edad (Tablas 15, 16 y 17).

Tabla 12. Factores contextuales Eje III.

		Sexo		Edad				Total
		Mujer	Hombre	18 a 30	31 a 44	45 a 59	60 ó +	
Área problemática: Familia	Recuento	98	151	83	81	52	32	249
	% columna	81,4	84,4	89,0	85,5	70,8	87,4	83,2
Área problemática: Educacional	Recuento	4	5	3	5	2		9
	% columna	3,5	2,7	2,9	4,9	2,3		3,0
Área problemática: Económica	Recuento	83	144	78	70	59	20	227
	% columna	68,8	80,8	83,8	73,8	79,8	53,6	75,9
Área problemática: Legal	Recuento	6	12	6	6	6	1	19
	% columna	5,2	6,9	6,5	6,6	7,6	2,0	6,2
Área problemática: Cultural	Recuento	1	20	3	10	9		22
	% columna	1,0	11,4	3,0	10,7	11,5		7,2
Área problemática: Pareja	Recuento	11	15	9	7	6	4	26
	% columna	9,3	8,2	9,2	7,4	8,0	12,0	8,7
Área problemática: Trabajo	Recuento	1	4	2	3			5
	% columna	1,2	2,2	2,2	3,5			1,8
Área problemática: Vivienda	Recuento	1	2	1	1	1	1	4
	% columna	1,2	1,2	,6	,9	2,0	2,0	1,2
Área problemática: Violencia fam.	Recuento	35	65	21	36	33	10	100
	% columna	29,0	36,3	22,0	37,6	45,0	27,7	33,4
Total	Recuento	121	179	93	95	74	37	299
	% columna	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Tabla 13. Calidad de vida según sexo y edad. Eje IV.

			Sexo		Edad				Total
			Mujer	Hombre	18 a 30	31 a 44	45 a 59	60 ó +	
Eje Puntaje para evaluac. global	Hasta 3	Recuento	25	26	9	15	21	6	51
		% columna	17,1	12,2	8,6	12,5	25,4	11,5	14,1
	4 ó 5	Recuento	56	72	31	43	34	20	128
		% columna	38,8	33,2	27,8	36,8	41,6	38,9	35,5
	6 ó 7	Recuento	51	94	51	53	25	17	145
		% columna	35,3	43,5	46,2	45,3	30,2	32,1	40,2
	8 ó +	Recuento	13	24	19	6	2	9	37
		% columna	8,8	11,1	17,5	5,4	2,8	17,5	10,2
Total	Recuento	145	216	110	116	83	52	361	
	% columna	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	

Tabla 14. Calidad de vida según ocupación y nivel educativo.

			Ocupación			Escolaridad			Total
			No	Empl./ Téc. en relac.	Com./ Prof. sin relac.	Primaria	Secund.	Terc/ Univ.	
Eje Puntaje para evaluac. global	Hasta 3	Recuento	34	16	2	23	19	9	51
		% columna	17,0	13,7	3,3	29,1	9,3	11,5	14,1
	4 ó 5	Recuento	74	42	12	27	72	29	128
		% columna	36,9	37,0	25,6	34,0	35,5	36,8	35,5
	6 ó 7	Recuento	66	49	29	24	89	32	145
		% columna	33,3	43,2	62,1	30,1	43,9	40,9	40,2
	8 ó +	Recuento	26	7	4	5	23	9	37
		% columna	12,9	6,0	9,0	6,8	11,3	10,8	10,2
Total	Recuento	199	114	47	79	202	79	361	
	% col.	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	

Tabla 15. Calidad de vida según empleo (media).

Ocupación	Eje IV Puntaje para Evaluación global
No	5,31
Empl./ Téc. en relac.	5,24
Com./ Profes. sin relac.	5,95
Total	5,37

Tabla 16. Calidad de vida según nivel educacional (media).

Escolaridad	Eje IV Puntaje para Evaluación global
Primaria	4,85
Secundaria	5,54
Terc./ Universitaria	5,46
Total	5,37

Tabla 17. Calidad de vida según edad (media).

Edad	Eje IV Puntaje para Evaluación global
18 a 30	5,99
31 a 44	5,20
45 a 59	4,68
60 ó +	5,48
Total	5,37

Tabla 18. Calidad de vida puntaje global de la muestra

	Media	Mediana	Desviación tip.
Eje IV Puntaje para evaluación global	5,37	5,50	1,74

Análisis de los datos correspondientes a los Ejes I y II

En el Eje I se verificaron grandes grupos de patologías predominantes en la población siendo prevalentes los trastornos de ansiedad, los trastornos del humor con predominancia de las depresiones, los trastornos de personalidad, las psicosis y las adicciones. Los otros grupos patológicos presentaron, como en los estudios epidemiológicos homólogos realizados en otros países de América Latina, mucha menor prevalencia

En el Eje II se constató la presencia de grados de discapacidad leve en gran parte de los encuestados, particularmente en el área de las relaciones familiares más aún que en las laborales, que sí mostraron correlación con gravedad de patología mental.

Análisis de los datos correspondientes al Eje III (Factores contextuales)

a) Familia: fue el factor más frecuentemente relevado como agravante o acompañante de los trastornos en el Eje I, más que pareja, trabajo y económicos que fueron en frecuencia los siguientes más significativos.

b) Empleo: un dato preocupante es que prácticamente el 25% de los que demandaron atención en los servicios de psicopatología, se hallaban en situación de desocupación o sea sin ingresos económicos, y de ellos el 11,5% hacía más de un año que se hallaban sin trabajo. Este subgrupo se halla relacionado en parte con patologías más severas como psicosis, trastornos graves de la personalidad y otras patologías discapacitantes que se manifiestan en que parte de este subgrupo nunca logro insertarse en un trabajo.

Análisis de los datos correspondientes al Eje IV (Calidad de vida)

Este Eje IV es específico de la GLADP. En sus resultados se observaron diferencias entre hombres y mujeres, mostrando una ligera tendencia de los hombres encuestados a percibir como mejor su calidad de vida en comparación con las mujeres. En cuanto a la edad el nivel de satisfacción fue mayor en los jóvenes o los mayores de 60 años de la muestra que en las edades medias de la vida, sobre todo en los puntajes extremos menores a 3 o más de 8 (Tabla 17) dato que requeriría ulteriores estudios y, de confirmarse, merecería un análisis más profundo.

Iniciando un análisis cualicuantitativo sobre el Eje IV y sus distintos entrecruzamientos son interesantes los resultados sobre ocupación y calidad de vida y educación y calidad de vida dando un promedio más favorable a los profesionales y comerciantes independientes sobre las personas que trabajan en relación de dependencia, y de los individuos con estudios secundarios y universitarios y otros terciarios sobre los que alcanzaron solamente educación primaria (Tablas 14). También ver medias correspondientes (Tablas 15 y 16).

Comentarios y conclusiones

Los trámites y obstáculos institucionales relacionados con la aprobación de protocolos, sobre todo de tipo burocrático, la poca experiencia y entrenamiento en el área de la investigación epidemiológica, además de la ausencia o la dificultad de acceso a medios de apoyo de tipo económico,

fueron parte de las dificultades con las que tropezó la investigación al iniciar un trabajo de estas características en nuestro país. Por tal motivo no fue posible realizarlo en algunos centros que se iban a sumar a esta propuesta.

El tiempo disponible para realizar las entrevistas por parte de los profesionales participantes por sobrecarga de tareas asistenciales también mostró ser un escollo importante para su implementación.

El traslado de los datos a formato digital para su envío también requirió de esfuerzo y adecuación. Esto fue una de las causas de prórrogas en la recolección de los mismos para su centralización y análisis que incidió en el tiempo que llevó la preparación de los resultados y su presentación en este artículo.

No obstante lo difícil, ha sido muy estimulante haber realizado este estudio de campo en la Argentina. Se han tenido que sortear y superar innumerables trabas de tipo cultural, burocrático y hasta de falta de entrenamiento y motivación de profesionales en tareas de investigación; son ejemplo de las difíciles condiciones en las que se realiza muchas veces la práctica de la atención en el área de la Salud Mental en nuestro país. En este trabajo presentamos solamente una parte significativa de los datos relevados y comparados.

La segunda parte de la investigación, centrada sobre los aspectos culturales, sociales y creencias utilizando la GLADP, será abordada junto con la publicación de la formulación idiográfica en sus tres secciones en una próxima comunicación.

Es evidente que una epidemiología amplia y completa solo puede ser encarada desde los estamentos estatales aplicando recursos económicos y técnicos suficientes e implementando esta tarea a nivel nacional como política sanitaria. Confiamos en que esta primera experiencia en estudio de campo con la GLADP, sirva para motivar futuros estudios más amplios, sobre demografía, perfiles de demanda y necesidades de nuestra población, en general, y específicamente en el área de la Salud Mental.

Participantes en la experiencia de campo

Los siguientes profesionales participaron en el trabajo de campo: Aprivelo, Mariana; Baldovino, Mariano; Belaga, Guillermo; Cabezas, Natalia; Cabrera, Faustino; Chaparro, Miriam; Cilenti, Teresa; Coppola, Daniel; D Inca, Diego; Dalessandro, Hugo; Depilato, Cristian; Echevarrieta, Paula; Ferreira, Alejandro; Furman, Mariana; Giauque, Carina; Gimenez, Luis Gioffre, Paula; Goldchuk, Aníbal; Griselli, Sergio; Huanambal, David; Iburguren, Patricia; Kaban-chik, Alicia; Klimkiewicz, Lionel; Lema, Nora Beatriz; Leone, Fabian; Lupianez, Marina; Majluff, Carolina; Martín, Alejandra; Masramón, Juan José; Méndez Ribas; Mirabel, Paula; Muzzupappa, Carolina; Onofrio, Graciela; Pastore, Martín; Patkan, Viviana; Pérez, Mónica; Pérez, Nadia; Piccione, María; Pranzetti, Paula; Rico, Noelia; Romero Arena, Sebastián; Rubinetti, Héctor; Sáez, Analía; Saidman, Norberto; Sekvidio, María Victoria; Silva, Romina; Socolsky, Pablo; Storani, Adriana; Stutman, Graciela, Tranier, Romina; Vaccarisi, Cinthia; Visintin, Diego; Zapatel, Julián; Zylber, Fabiana. Coordinación general Elías Klubok.

Agradecimientos

A la Dra. Silvia Wikinski, investigadora del CONICET quien generosamente escuchó y aportó ideas para poder realizar la investigación. Al Lic. Jorge Vujosevich Castilla quien realizó el análisis estadigráfico y la tabulación de los datos y aportó el asesoramiento sociológico.

A los Dres. Fausto Cabrera y Juan José Masramón, quienes llevaron a cabo una intensa tarea para organizar y tomar la muestra en sus respectivas provincias. A las Dras. Graciela Stutman, Alicia Kabanchik, y a los Dres. Enrique Stein,

Aníbal Goldchuk, Alejandro Ferreira, Hugo D 'Alessandro, Julián Zapatel y Diego D'Inca, por facilitar y apoyar con entusiasmo la investigación. Al Dr. Héctor Fischer por su escucha y sus aportes al desarrollo del proyecto. Al equipo de trabajo del Capítulo de Nomenclatura Clasificación y Diagnóstico de APSA, especialmente a las Lics. Marilú García Colado y Cristina Di Riccio quienes ayudaron con la revisión y el procesamiento de los datos. A la Presidencia y la Comisión Directiva de la Asociación de Psiquiatras Argentinos APSA, por el apoyo a la investigación ■

Referencias bibliográficas

- Alarcón RD. Bio-cultural connections in psychopathology. First World Congress of Cultural Psychiatry, Beijing, September 2007.
- Bergen H, Hawton K, Waters K, Cooper J, Kapur N. (2010) Epidemiology and trends in non-fatal self-harm in three centres in England, 2000 to 2007. *British Journal of Psychiatry*, 197, 493-498.
- Clasificación China de los Trastornos Mentales (CCMDIII), Beijing, 2001.
- Clasificación Internacional de los Trastornos Mentales y del Comportamiento con Glosario y Criterios Diagnósticos de Investigación, décima revisión, CIE 10, (OMS 1993). Madrid, 2002.
- Culqui DR, Reátegui S, Trujillo V, Zavaleta C, Cueva N, Suárez Ognio L A. El Chacho (Hapiruzqa) síndrome cultural andino: características y tratamiento tradicional en Ayacucho, Perú *Rev Peruana. Med Exp y Salud Pública* 25, 1, ene./mar, 2008.
- Gili M, Ferrer V, Roca M, Bernardo, M. (1998) Diferencias de género en un estudio epidemiológico de salud mental en población general en la isla de Formentera. *Actas Luso-españolas de Neurología y Psiquiatría* (26) vol 2, 90-96.
- Gili M, Ferrer V, Roca M, Bernardo M. (2000) Psychiatric disorders and medical comorbidity in a community epidemiological study. Universitat de les Illes Balears y Universidad de Barcelona *Psicothema* Vol.12, nº 1, pag 131-135.
- Goldberg DP, Hillier VF. (1979) A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine* 9, 139-145.
- Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico (GLADP). Asociación Psiquiátrica de América Latina, Guadalajara, 2004. También se puede consultar en su versión electrónica en: http://www.wpanet.org/uploads/Sections/Classification_Diagnostic/gladp.pdf
- Goldberg D, Williams P. Efectos de las variables demográficas y de personalidad en las puntuaciones del GHQ. En: Goldberg D, Williams P (eds). *Cuestionario de salud general GHQ. Guía para el usuario de las distintas versiones*. Masson, Barcelona, 1996.
- Häfner H. "Contribución de la Epidemiología a la Psiquiatría". En *El Abordaje Clínico en Psiquiatría*, vol II, cap X. Polemos. Buenos Aires, 1995.
- Herrera R, Autonell J, Spagnolo E, Domenech J, Martín S. Estudio epidemiológico en salud mental de la comarca del Baix Llobregat Barcelona. *Informaciones psiquiátricas* (1987) 107, 12-40.
- IGDA Workgroup, WPA. IGDA. Introduction. *Br J Psychiatry* 2003; 182 (sup.45): 37-39.
- Kessler RC, McGonale KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, Wittchen HU, Kendler KS (1994) Lifetime and 12-Month Prevalence of DSM-III-R Psychiatric Disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry* 51, 8-19.
- Kessler, RC, Nelson CB, McGonale KA, Swartz M, Blazer DZ. (1996) Comorbidity of DSM-III-R major depressive disorders in a general population: results from the US National Comorbidity Survey. *British Journal of Psychiatry* 168 (suppl 30), 17-30.
- KH, Knapp E, Sheehan M. *Mini International Neuropsychiatric Interview*. Versión en Español 5.0.0. 2001.
- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV TR), American Psychiatric Association, 2002. 1ª reedición en español.
- Masson P, Wilkinson G. (1996) The prevalence of psychiatric morbidity. OPCS Survey of psychiatric morbidity in Great Britain. *British Journal of Psychiatry*, 168, 1-3.
- McDaniel JS, Musselman DL, Porter MR, Reed DA, Nemeroff CB (1995). Depression in patients with cancer. Diagnosis, biology and treatment. *Archives of General Psychiatry*, 52, 89-98.
- Moldin SO, Scheftner WA, Rice JP, Nelson E, Knesevich MA, Akiskal H (1994). Association between major depressive disorder and physical illness. *Psychological Medicine* 23, 755-761.
- Mezrich JE, Ruipérez MA, Pérez C, Ion G, Liu J, Mamad S (2000). The Spanish version of the quality of life index: presentation and validation. *J Nerv Ment Dis* 188:301-305.
- Murray CJ, López AD (1997). Global mortality, disability, and the contribution of risk factors. Global Burden of Disease Study. *Lancet* 349:1436-1442.
- Murray CJ, López AD (1997). Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet* 349:1498-1504.
- Murphy HB. *Comparative Psychiatry. The International and Intercultural Distribution of Mental Illness*. Berlin: Springer-Verlag, 1982.
- Ortega Esteban MA, Seva Díaz A, Perez Urdaniz A, Torres Bayle JL, Anton Saiz JA, Sáenz Domínguez JP, Medina Díaz C. (1995) Morbilidad psíquica diagnóstica en la población general de la Rioja. *Anales de Psiquiatría*, II, 9, 320-326.
- Ortiz A, Rodríguez E, Galván J, Unikel C, Domínguez MJ, González L, Hernández G (1994). Cocaine use in Mexico City: an ethnographic approach. *Epidemiologic Trends in Drug Abuse. Community Epidemiology Work Group. NIDA*, 353-366.
- Pichot P. *El Abordaje Clínico en Psiquiatría*, vol II, cap X. 1ª edición Polemos, Buenos Aires, 1995.
- Phillips J (2005). Idiographic Formulations, Symbols, Narratives, Context and Meaning. *Psychopathology* 38:180-184.
- Regier DA, Narrow WE, Rae DS (1990). The epidemiology of anxiety disorders: The epidemiologic catchment area (ECA) experience. *Journal of Psychiatric Research* Vol 24, Supplement 2, 3-14.
- Romero M, Rodríguez EM, Durand Smith A, Aguilera AM. (2003) Veinticinco años de investigación cualitativa en salud mental y adicciones con poblaciones ocultas. Primera parte Vol *Anales de Salud Mental* Vol. XXVI, 6, 31-38.
- Saavedra J, González S, Bernal E, Robles Y, Cutipe Y, Pomalima R, Stucchi S, Vargas V, Paz V (2005). Instituto Nacional de Salud Mental del Perú. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Fronteras 2005. Informe General. *Anales de Salud Mental* Vol. XXII, 1 y 2, 29-45.
- Stucchi Portocarrero S, Arellano Kanashiro M, Bernal García E, Chuchón Calle V (2003). *Annals of Mental Health* 2003 / Volume XIX ,1. Official Publication of the Mental Health Institute Honorio Delgado - Hideyo Noguchi, Lima, Perú, 2003.
- Saavedra JE, González S, Malpartida C, Pomalima R, Cutipe Y, Robles Y, Díaz R. Vargas Paz V, Bernal E, Kendall R (2003) Epidemiological Study on Mental Health in the Peruvian Andes. General Report. *Anales de Salud Mental*, Vol. 19, 60-75.
- Salgado D, Snyder V, Maldonado M (1994). Características psicométricas de la escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) en mujeres mexicanas adultas de áreas rurales. *Salud Pública*, 36 (2); 200-209.
- Sorel E (2010). The WHO World Mental Health Surveys: Global Perspectives on the Epidemiology of Mental Disorders, *Am J Psychiatry*, 167: 354-355.

Prevalencia y tamizaje del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en Costa Rica

Mónica Berrocal

*Hospital Nacional de Niños, San José, Costa Rica
E-mail: monicaberrocal@post.harvard.edu*

Viviana Peskin

Departamento de Psiquiatría, Universidad de California, San Francisco, EE. UU.

Nicholas Weiss

Departamento de Psiquiatría, Universidad de California, San Francisco, EE.UU.

Jovita Schuler

Psychology Institute, University of Zurich, Suiza

Silvia Monge

Hospital Nacional de Niños, San José, Costa Rica

James J. McGough

División de Psiquiatría Infantil y Adolescente, en UCLA Semel Institute for Neuroscience and Human Behavior, EE.UU.

Denise Chavira

Departamento de Psiquiatría en la Universidad de California, San Diego, EE.UU.

Mónica Bagnarello

Hospital Nacional de Niños, San José, Costa Rica

Luis Diego Herrera

Hospital Nacional de Niños, San José, Costa Rica

Carol A. Mathews

Departamento de Psiquiatría, Universidad de California, San Francisco, EE.UU.

Resumen

La investigación se propuso estimar la prevalencia del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Costa Rica y determinar si la versión en español del cuestionario *Swanson Nolan and Pelham Scale IV* (SNAP-IV) es un instrumento de tamizaje útil en una población de niños y niñas escolares costarricenses. El instrumento fue entregado a padres y maestros de 425 niños entre 5 y 13 años de edad (promedio = 8.8). Todos fueron evaluados con el instrumento *Swanson, Kotkin, Agler, M-Flynn and Pelham Scale* (SKAMP). Su diagnóstico fue confirmado con entrevistas clínicas. La sensibilidad y la especificidad del SNAP-IV fueron evaluadas como predictores de criterios de diagnóstico según el DSM-IV. La prevalencia puntual en la muestra del TDAH fue del 5%. La prevalencia de TDAH entre mujeres fue de 7% y entre hombres 4%. El tamizaje más preciso lo hizo el SNAP-IV completado por el maestro en un corte de 20%, con una sensibilidad de 96% y una especificidad de un 82%. La sensibilidad de los instrumentos completados por los padres fue inferior. El SNAP-IV completado por las maestras con un corte aislando el 20% de los mayores puntajes categorizó correctamente a 87% de los sujetos.

Palabras clave: Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad - Costa Rica - Psiquiatría - Epidemiología - Tamizaje.

PREVALENCE OF AND SCREENING FOR ADHD IN COSTA RICA

Summary

This research project sought to estimate the prevalence of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) and to determine if the *Swanson Nolan and Pelham Rating Scale IV* (SNAP-IV) Spanish version is a useful screening tool in a population of Costa Rican school children. The SNAP-IV Spanish version was given to the parents and teachers of 425 children aged 5 to 13 (mean 8.8). All subjects were also assessed with the *Swanson, Kotkin, Agler, M-Flynn and Pelham Scale* (SKAMP), along with diagnostic confirmation by clinical interview. The sensitivity and specificity of the SNAP-IV was assessed as a predictor of DSM-IV ADHD diagnosis. The point prevalence of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in this sample was 5%. The prevalence of ADHD among girls was 7%, while that among boys was 4%. The optimal screen was the teacher-rated SNAP-IV at a 20% cutoff, which had a sensitivity of 96% and specificity of 82%. Parent sensitivities were lower than teacher sensitivities. SNAP-IV teacher ratings with a cutoff isolating the top 20% of scores correctly categorized 87% of children.

Key words: ADHD - Costa Rica - Psychiatry - Epidemiology - Screening.

Introducción

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) es un trastorno del neurodesarrollo caracterizado por síntomas no esperables en ese momento del desarrollo, entre los cuales se encuentran: la inatención, la hiperactividad y la impulsividad (1-5). Han habido reportes sobre la prevalencia de TDAH en niños escolares en Venezuela (10%) (6), Puerto Rico (8%) (7), Brasil (9%) (8), Colombia (11%) (9) y Argentina (9%) (10). A pesar de que estos estudios sugieren que la prevalencia de TDAH en América Latina es mayor que en Norteamérica (aproximadamente 6%), un meta-análisis realizado recientemente encontró que al controlarse las variaciones en las metodologías, la prevalencia de TDAH en niños escolares a en diferentes naciones en el mundo es del 5,29%. Aunque hay reportes que indican que la prevalencia en los hombres sería mayor que en muestras de niñas en estadounidenses; estudios de Brasil y Argentina (pero no de Venezuela y Colombia) no arrojan números más altos para los hombres.

La teoría parece indicar que el TDAH es causado por la interacción entre factores genéticos y factores ambientales (13). Uno de los métodos para identificar la susceptibilidad genética en trastornos como el TDAH consiste en estudiar poblaciones genéticamente aisladas que cuentan con una heterogeneidad genética reducida (14). Tal es el caso de la población en el Valle Central de Costa Rica (VCCR). No obstante, la prevalencia y otras características del TDAH no han sido reportadas con anterioridad.

Los objetivos del presente estudio son: 1) determinar si una versión en español de un instrumento estadounidense, el *Swanson, Nola and Pelham Questionnaire*, versión IV (SNAP-IV) es útil para tamizajes de TDAH en esta población y 2) estimar la prevalencia mínima de TDAH en niños costarricenses. A pesar de la importancia de la población investigada, este es el primer estudio empírico de TDAH en Costa Rica y en Centroamérica, y provee una base esencial sobre la cual continuar con estudios genéticos.

Métodos

Sujetos. El estudio contó con 425 participantes de entre 5 y 13 años de edad (promedio 8,8, DS 2,2) seleccionados al azar de 3 escuelas elegidas para alcanzar una muestra representativa de niños en el Valle Central de Costa Rica. Una de ellas era una escuela pública de clase socioeconómica baja, otra privada, Católica, de clase media y una privada de clase socioeconómica alta. El estudio fue aprobado por los comités de bioética de la Universidad de California, San Francisco, y el Hospital Nacional de Niños, en Costa Rica. Se obtuvieron consentimientos y asentimientos informados de los padres de familia y de los sujetos de investigación.

Instrumentos diagnósticos. El SNAP-IV, versión en español, fue completado por los padres y los maestros. Esta escala contiene 18 ítems correspondientes a los nueve

síntomas de TDAH tipo inatento y los nueve síntomas de DAH tipo combinado, tal y como son descritos en el DSM-IV (15). Adicionalmente, todos los sujetos fueron evaluados en su ambiente escolar habitual por observadores entrenados en utilizar el *Swanson, Kotkin, Agler, M-Flynn and Pelham Scale* (SKAMP) (16). El SKAMP es una escala que contiene 13 ítems sobre comportamiento y atención, cada uno con 7 opciones de respuesta en escala (17). El "test-retest reliability" del SKAMP es de 0,63 a 0,78 y la validez concurrente con el Connors es de 0,77-0,83 (17). Supuestos diagnósticos de TDAH fueron hechos utilizando los puntajes del SKAMP. Se asumió que los niños cuyos puntajes estaban por encima del percentil 95 en el SKAMP tenían grandes posibilidades de tener un diagnóstico de TDAH. Sus padres fueron entrevistados por un miembro del equipo de investigación (MB) para asignarles un diagnóstico de TDAH utilizando los criterios diagnósticos del DSM-IV.

Análisis de datos. La proporción de niños que cumplieron con los criterios diagnósticos del DSM-IV fue calculado y las diferencias del trastorno por género, edad y la escuela fueron analizados utilizando el chi cuadrado. La sensibilidad y especificidad del SNAP-IV en varios cortes fueron evaluadas como predictores de un diagnóstico de TDAH. Esto fue hecho de por separado para los cuestionarios llenados por padres y maestros. Los puntajes de corte fueron calculados como el puntaje promedio para los ítems relevantes a los diferentes subtipos de TDAH. Los cortes que han sido propuestos como los representantes del 5% mayor de niños en Norteamérica fueron evaluados, seguido de los puntajes de corte derivados internamente de la muestra costarricense. Se calcularon tabulaciones cruzadas y coeficientes de chi cuadrado.

Resultados

El 5% de los sujetos cumplieron con los criterios diagnósticos para TDAH (ver Tabla 1). Quince de los 23 sujetos diagnosticados con TDAH (65%) eran mujeres, haciendo que su prevalencia fuera del 7% y 4% para los hombres. No se encontraron diferencias en las prevalencias de TDAH por edades.

En la Tabla 2 se presentan asociaciones entre los puntajes de las subescalas en el SNAP-IV y diagnósticos de TDAH. En general, los padres evaluaron a sus hijos como significativamente más inatentos ($p < 0,0001$) e hiperactivos ($p < 0,0001$) que lo que lo hicieron los maestros, pero las sensibilidades y las especificidades de los puntajes de los maestros fueron consistentemente más altos que aquellos de los padres.

En nuestra muestra el mejor instrumento diagnóstico de TDAH fue el SNAP-IV completado por los maestros en un corte del 20%, con una sensibilidad del 96% y una especificidad del 82%. Los puntajes corte propuestos para poblaciones Norteamericanas mostraron alta especificidad (82%-99%) pero baja sensibilidad (13%-39%) tanto para los puntajes de los padres como para los de los maestros. Este fue el caso también con el

Tabla 1. Características demográficas de los sujetos.

		Muestra N = 425	Submuestra con diagnóstico de TDAH N = 23
Edad	Rango	5-13	5-12
	Promedio (DS)	8,8 (2,2)	8,5 (2,3)
Sexo	Mujeres (%)	209 (93)	15 (7)
	Hombres (%)	216 (96)	8 (4)
			$\chi^2=2,50$; $p = 0,11$
Escuela	NSE * alto (%)	75 (97)	2 (3)
	NSE medio (%)	202 (93)	14 (7)
	NSE bajo (%)	148 (95)	7 (5)
			Test exacto de Fisher $p = 0,39$

* Nivel socioeconómico

corte del 5% derivado internamente (especificidad del 94%-96,5% y sensibilidad del 13%-48%) (18). La "receiver operating characteristics (ROC) curve" para el SNAP-IV

completado por los maestros se muestra en la Figura 1. El área bajo la curva (AUC) para esta medida es de 0,89.

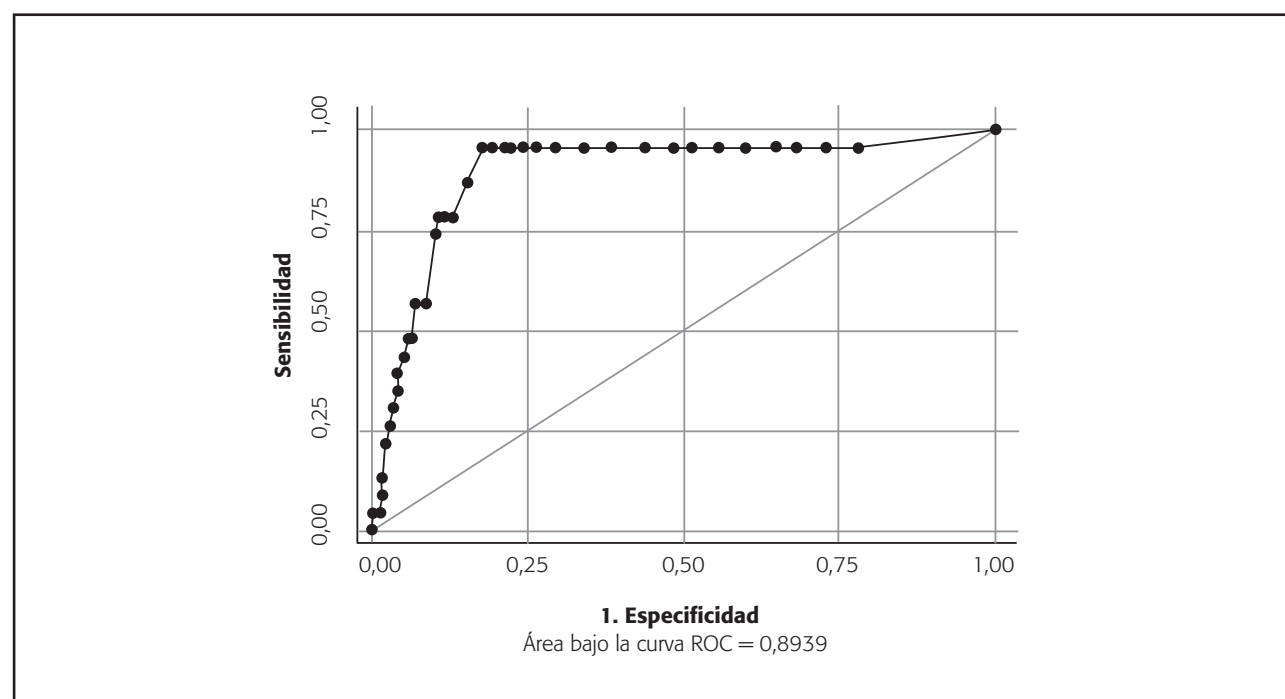
Figura 1. "Receiver operating characteristics (ROC) curve" de los puntajes combinados para el SNAP-IV completado por los maestros.

Tabla 2. Características discriminativas del SNAP-IV para diferentes puntajes de corte.

	Valor de corte	Sensibilidad	Especificidad
SNAP-IV corte del 5% sugerido por muestra de Norteamérica de Swanson			
Padres Combinado	≥ 1,67	22%	88%
Inatento	≥ 1,78	22 %	88 %
Hiperactivo	≥ 1,44	39 %	82 %
Maestro Combinado	≥ 2	22 %	98 %
Inatento	≥ 2,56	13 %	99 %
Hiperactivo	≥ 1,78	35 %	96 %
Corte del 5% de una muestra de la población de Costa Rica			
Padres Combinado	≥ 2,11	13 %	95 %
Inatento	≥ 2,33	13 %	94 %
Hiperactivo	≥ 2,11	9 %	94 %
Maestro Combinado	≥ 1,83	30 %	97 %
Inatento	≥ 2	48 %	97 %
Hiperactivo	≥ 1,88	26 %	97 %
Corte del 10% de una muestra de la población de Costa Rica			
Padres Combinado	≥ 1,83	17 %	99 %
Inatento	≥ 1,89	17 %	89 %
Hiperactivo	≥ 1,78	13 %	90 %
Maestro Combinado	≥ 1,39	57 %	93 %
Inatento	≥ 1,56	52 %	92 %
Hiperactivo	≥ 1,44	52 %	91 %
Corte del 15% de una muestra de la población de Costa Rica			
Padres Combinado	≥ 1,5	35 %	84 %
Inatento	≥ 1,67	30 %	87 %
Hiperactivo	≥ 1,56	35 %	88 %
Maestro Combinado	≥ 1,22	78%	89 %
Inatento	≥ 1,33	74 %	87 %
Hiperactivo	≥ 1	74 %	85 %
Corte del 20% de una muestra de la población de Costa Rica			
Padres Combinado	≥ 1,33	48 %	79 %
Inatento	≥ 1,44	57 %	79 %
Hiperactivo	≥ 1,22	44 %	75 %
Maestro Combinado	≥ 1	96 %	82 %
Inatento	≥ 1,11	78 %	80 %
Hiperactivo	≥ 0,89	74 %	85 %
Inatento	≥ 1,33	74 %	87 %
Hiperactivo	≥ 1,33	57 %	91 %

Discusión

Este estudio intentaba estimar la prevalencia y epidemiología de TDAH en niños escolares en Costa Rica, al igual que evaluar la utilidad del SNAP-IV, una herramienta de tamizaje de TDAH altamente utilizada. Encontramos que la prevalencia de TDAH en esta muestra (5%), es, a pesar de hallarse más baja que otras reportadas en América Latina, consistente con la prevalencia mundial (5,3%). El hallazgo que el TDAH es tan prevalente en niños escolares costarricenses como en Norteamérica es de gran relevancia, no solo porque contribuye al conocimiento científico de la epidemiología y la presentación del TDAH a nivel mundial, sino porque establece una base sobre la cual realizar estudios genéticos de TDAH y trastornos relacionados en un futuro en el VCCR.

En contraste con estudios norteamericanos, encontramos una proporción mayor de mujeres afectadas que de hombres afectados en nuestra muestra (12). Este hallazgo podría reflejar diferencias culturales en la expresión de este trastorno, ya que es consistente con hallazgos de al menos dos estudios llevados a cabo en otros dos países latinoamericanos: Argentina y Brasil (8, 10). También se podrían atribuir estos resultados a que la observación sistemática de aulas mejora la identificación de niñas con TDAH.

Nuestra evaluación sugiere que el SNAP-IV es un instrumento de tamizaje de TDAH útil para Costa Rica, particularmente en un contexto en el cual el tamizaje puede ser complementado con otras fuentes de información. Específicamente, la escala combinada utilizada por los maestros utilizando un corte al 20%, que logró clasificar correctamente al 87% de los niños, fue identificado como el que tuvo mayor utilidad en esta población. El AUC, de 0,89, está por encima del corte que determina si un instrumento de tamizaje es útil o no. Una tasa de falsos negativos del 4% es también aceptable cuando el tamizaje se hace principalmente para reclutar sujetos de investigación para estudios genéticos, en los cuales los falsos negativos son menos preocupantes que los falsos positivos.

En general, el acuerdo entre los padres y los maestros con respecto a síntomas de inatención e hiperactividad fue bajo. Los padres evaluaron a los niños como manifestantes de más síntomas que las maestras. Las evaluaciones de los maestros mostraron una mejor correlación con los diagnósticos de TDAH, aunque esto podría ser esperado parcialmente cuando se usa un instrumento basado en lo que sucede en el aula para hacer diagnósticos. La alta utilidad de las evaluaciones que hacen los maestros es particularmente relevante para los profesionales clínicos que examinan a niños costarricenses que han sido traídos por sus padres para ser evaluados. Sugiere que obtener información colateral de las maestras es crucial en evaluar adecuadamente síntomas de TDAH.

La principal limitación de nuestro estudio se relaciona con el uso del SKAMP y la entrevista clínica para el diagnóstico de TDAH. Debido a que solamente evaluamos a individuos que obtuvieron puntajes que los situaban en el 5% más alto de acuerdo al SKAMP, esta metodología falla en incluir individuos con un puntaje más bajo en el SKAMP que igualmente cumplen con los criterios diagnósticos del DSM-IV para TDAH, al igual que podría subestimar la prevalencia de TDAH en esta muestra.

En resumen, los resultados de este estudio sugieren que el TDAH es altamente prevalente en niños escolares costarricenses, y que el SNAP-IV, específicamente en la parte completada por los maestros, es una herramienta adecuada de tamizaje en esta población tan importante, tanto para identificar posibles sujetos de estudio para diferentes estudios, incluyendo estudios genéticos, de niños con diagnósticos de TDAH, como para intervenciones educativas y de salud pública en Costa Rica y Latinoamérica.

Esta investigación fue financiada por el National Institute of Neurological Disorders and Stroke Grant Number R01 NS048376. No se declaran conflictos de intereses ■

Referencias bibliográficas

1. Klassen AF, Miller A, Fine S. Health-related quality of life in children and adolescents who have a diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics* 2004; 114: e541-547.
2. Kessler RC, Adler L, Barkley R, et al. The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psychiatry* 2006; 163: 716-723.
3. Biederman J, Petty CR, Fried R, et al. Educational and occupational underattainment in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: a controlled study. *J Clin Psychiatry* 2008; 69: 1217-1222.
4. Barkley RA, Fischer M, Smallish L, Fletcher K. Young adult outcome of hyperactive children: adaptive functioning in major life activities. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2006; 45: 192-202.
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition (DSM-IV). Washington, D.C., American Psychiatric Association, 1994.
6. Montiel C, Pena JA, Montiel-Barbero I, Polanczyk G. Prevalence rates of attention deficit/hyperactivity disorder in a school sample of Venezuelan children. *Child Psychiatry Hum Dev* 2008; 39: 311-322.
7. Canino G, Shrout PE, Rubio-Stipec M, et al. The DSM-IV rates of child and adolescent disorders in Puerto Rico: prevalence, correlates, service use, and the effects of impairment. *Arch Gen Psychiatry* 2004; 61: 85-93.
8. Pastura G, Mattos P, Araujo AP. [Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder and its comorbidities in a sample of school-aged children]. *Arq Neuropsiquiatr* 2007; 65: 1078-1083.
9. Pineda DA, Lopera F, Palacio JD, Ramírez D, Henao GC. Prevalence estimations of attention-deficit/hyperactivity disorder: differential diagnoses and comorbidities in a Colombian sample. *Int J Neurosci* 2003; 113: 49-71.
10. Michanie C, Kunst G, Margulies DS, Yakhkind A. Symptom prevalence of ADHD and ODD in a pediatric population in Argentina. *J Atten Disord* 2007; 11: 363-367.
11. Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and meta-regression analysis. *Am J Psychiatry* 2007; 164: 942-948.
12. Cuffe SP, Moore CG, McKeown RE. Prevalence and correlates of ADHD symptoms in the national health interview survey. *J Atten Disord* 2005; 9: 392-401.
13. Mick E, Faraone SV. Genetics of attention deficit hyperactivity disorder. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2008; 17: 261-284.
14. Mathews CA, Reus VI, Bejarano J, et al. Genetic studies of neuropsychiatric disorders in Costa Rica: a model for the use of isolated populations. *Psychiatr Genet* 2004; 14: 13-23.
15. Swanson JM, Kraemer HC, Hinshaw SP, et al. Clinical relevance of the primary findings of the MTA: success rates based on severity of ADHD and ODD symptoms at the end of treatment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001; 40: 168-179.
16. Swanson JM. School-based assessments and intervention for ADD students. Irvine, CA, KC Publishing, 1992.
17. Wigal SB, Gupta S, Guinta D, Swanson JM. Reliability and validity of the SKAMP rating scale in a laboratory school setting. *Psychopharmacol Bull* 1998; 34: 47-53.
18. Swanson JM. Disponible en: <http://www.adhd.net/snap-iv-instructions.pdf>. (Acceso: 19/01/09).
19. Holmes WC. A short, psychiatric, case-finding measure for HIV seropositive outpatients: performance characteristics of the 5-item mental health subscale of the SF-20 in a male, seropositive sample. *Med Care* 1998; 36: 237-243.

Evolución del concepto de calidad de vida: la dimensión subjetiva como factor relevante en las drogodependencias

Carlos Roncero

Psiquiatra

*Departamento de Psiquiatría y Medicina Legal. Instituto de Neurociencias. Universidad Autónoma de Barcelona
Coordinador CAS Vall de Hebrón, Hospital Universitario Vall de Hebrón-Agencia de Salud Pública de Barcelona (ASPB)
Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Vall de Hebrón de Barcelona. CIBERSAM
E-mail: croncero@vhebron.net*

Sira Díaz-Morán

Psicóloga, Investigadora pre-doctoral

*Departamento de Psiquiatría y Medicina Legal. Instituto de Neurociencias. Universidad Autónoma de Barcelona
CAS Vall de Hebrón, Hospital Universitario Vall de Hebrón-Agencia de Salud Pública de Barcelona (ASPB). CIBERSAM*

Marina Comín

Psicóloga

CAS Vall de Hebrón, Hospital Universitario Vall de Hebrón-Agencia de Salud Pública de Barcelona (ASPB). CIBERSAM

Laia Miquel

Psiquiatra

*CAS Vall de Hebrón, Hospital Universitario Vall de Hebrón-Agencia de Salud Pública de Barcelona (ASPB)
Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Vall de Hebrón de Barcelona. CIBERSAM*

Begoña Gonzalvo

Médica especializada en drogodependencias

CAS Vall de Hebrón, Hospital Universitario Vall de Hebrón-Agencia de Salud Pública de Barcelona (ASPB). CIBERSAM

Miquel Casas

Catedrático de Psiquiatría

*Departamento de Psiquiatría y Medicina Legal. Instituto de Neurociencias. Universidad Autónoma de Barcelona
Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Vall de Hebrón de Barcelona. CIBERSAM*

Resumen

Objetivo: analizar el concepto de calidad de vida que se aplica actualmente en drogodependencias. Se revisaron los trabajos publicados hasta abril del 2010, empleando dos bases de datos internacionales: PubMed (palabras clave: quality of life, addiction, drug dependence, dual diagnosis and mental disorders) y Web of Knowledge (a partir de búsqueda por autor); identificando 1486 trabajos sobre calidad de vida y sustancias de abuso, 433 sobre calidad de vida y adicciones, y 37 de calidad de vida en patología dual. Resultados: el concepto, que ha evolucionado desde la década de los cuarenta hasta la actualidad, es controvertido y está sujeto aún a cambios. Se acepta su multidimensionalidad, incluye mayoritariamente la dimensión física/biológica, psicológica y social. Actualmente está emergiendo el concepto de satisfacción del paciente. Se conoce que hay discrepancias en la percepción de calidad de vida entre los profesionales y los pacientes adictos, especialmente en los que presentan patología dual. Conclusiones: el estudio conceptual de la calidad de vida es importante. Componentes de la calidad de vida, como la percepción de la enfermedad, se han relacionado con la adherencia al tratamiento y con la evolución, por este motivo se debe incorporar la evaluación sistemática de la calidad de vida en drogodependientes.

Palabras clave: Calidad de vida - Adicción - Dependencia de sustancias - Patología dual - Multidimensionalidad.

QUALITY OF LIFE CONCEPT EVOLUTION : THE SUBJECTIVE DIMENSION AS A RELEVANT FACTOR ON DRUG ADDICTION

Summary

Aim: to analyze the Quality of Life Concept, is which currently used in drug addiction. We reviewed the studies published until April 2010, using two international databases: PubMed (key words: quality of life, addiction, drug dependence and dual diagnosis) and the Web of Knowledge (search by author). We identified 479 papers on quality of life and drugs abuse, of which were on: quality of life and addictions (433) and quality of life and dual pathology (37). Results: the quality of life concept has evolved, from the forties decade till the present time, remains controversial and still subject to change. Most authors accept the multidimensionality of the quality of life concept, that includes the physical/biological, psychological and social dimension. Currently the patient's satisfaction concept is emerging. On the other hand, it is known that there are discrepancies in the patient's and therapist's view on the patient's quality of life, especially in dually diagnosed patients. Conclusions: The conceptual study of the quality of life is important. Quality of life components, as the perception of the disease, have been associated with treatment adherence and the disease's progress. For the previous reasons we believe Quality of Life should be included in the regular evaluation.

Key words: Quality of life - Addiction - Drug dependence - Dual diagnosis - Multidimensionality

Introducción

La primera definición oficial sobre el concepto de la calidad de vida (CV) fue realizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1947. Durante la década de los años 50 e inicio de los 60 del siglo XX, se detectó la necesidad de medirla objetivamente y se comenzaron a desarrollar indicadores sociales y estadísticos, que permitieran evaluar el bienestar social de la población (26). Inicialmente reflejaban únicamente condiciones objetivas (económicas y sociales) y posteriormente comenzaron a contemplar elementos subjetivos (2). A mediados de los años 70 y comienzos de los 80, se empezó a integrar dentro del concepto de CV todas las áreas de la vida, incluyendo condiciones objetivas y componentes subjetivos y no fue hasta la década de los 80 que se inicia el despegue de la investigación en torno a este término (26). Borthwick-Duffy (12) propuso que la CV debía incluir las condiciones de vida, la satisfacción experimentada con dichas condiciones, y la combinación de componentes objetivos y subjetivos, ponderados por la escala de valores, aspiraciones y expectativas. El grupo WHOQOL, de la OMS (67) definió CV como "la percepción individual de la posición en la vida, en el contexto del sistema cultural y de valores, en relación a sus objetivos, expectativas, normas y preocupaciones", describiéndolo como un concepto multidimensional, compuesto por aspectos de la salud física, psicológica, relacional, ambiental y espiritual. Esta conceptualización de la CV como concepto dinámico y el aumento de la importancia de la dimensión subjetiva, favorecieron al inicio de planteamientos teóricos que defendieron su empleo como indicador de cambio (31).

También se impulsó el concepto de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (66), definida como la percepción que tiene el paciente de los efectos de una enfermedad, la aplicación de tratamientos y las consecuencias que provoca sobre su bienestar físico, emocional y social. Estudios en los que se analizaba este concepto mostraron que, a medida que la enfermedad avanza, se producen ajustes internos que preservan el grado de satisfacción vital; personas con importantes limitaciones físicas presentaban una buena consideración de su CV (39) o al contrario, pacientes que padecen enfermedades crónicas, con mejoría clínica demostrable pero que de forma paradójica, no perciben cambios notables favorables en su calidad de vida (33). Schwartzmann (58) señaló que la valoración personal de la CV, depende de los mecanismos de afrontamiento que posee cada persona, para asumir las diferencias potenciales entre sus expectativas vitales, la situación actual, y la capacidad para reducir estas diferencias. En salud mental el concepto de CV, no se desarrolló de forma sistemática hasta los años sesenta del siglo XX, tras las críticas al sistema sanitario, por perpetuar las deficiencias en los cuidados que se pretendieron corregir con la desinstitucionalización de los pacientes psiquiátricos (35, 48); aunque posteriormente se ha intentado adaptar su estudio y conceptualización a las características de los enfermos mentales (13).

Cummins (17) concluye que el 85% de las definiciones de CV incluyen el bienestar emocional, temas relacio-

nados con la intimidad (70%) y el trabajo y las actividades relacionadas con la productividad, representando el 56%. Gill y Feinstein (25) incorporan el sistema de valores del sujeto, la percepción del paciente, la reactividad sobre su estado de salud y los aspectos de la vida que se pueden atribuir a la enfermedad o su tratamiento. Posteriormente Lehman (37), incorpora al "Modelo general de calidad de vida", la subjetividad definida como, los sentimientos que expresan los pacientes sobre sus experiencias vitales, agrupando el constructo en dos dimensiones: la objetiva y la subjetiva.

En la actualidad, se podría emplear la definición del grupo WHOQOL de la OMS (67), que considera la CV como la expresión de la satisfacción y expectativas que tiene cada persona sobre su propia vida, incluyendo la situación de presentar un trastorno mental. Otros estudios (40) han sugerido que el concepto incluye un mínimo de tres dominios esenciales: el físico, el psicológico y el social; siendo sin embargo, las áreas física y psicológica suficientes para algunos autores (19). Por otro lado, Angermeyer y Kilian (1) revisaron los modelos de CV en salud mental, "El modelo de la satisfacción" (38), "El modelo combinado de importancia/satisfacción" (6) y "El modelo del funcionamiento del rol" (10), y finalmente aceptaron la conceptualización de Borthwick-Duffy (12). En la Tabla 1, se presentan los factores o componentes más importantes del constructo.

La dimensión autopercebida es básica en salud mental, porque contribuye en la mejora por parte de los pacientes, de la comprensión de las consecuencias negativas de los síntomas que presentan; y este tipo de información podría influir en la valoración sobre la calidad de su estado de salud, así como de la necesidad de recibir tratamiento (4). Incluso se ha sugerido que las características personales, clínicas y el autoconcepto, eran factores mediadores que influirían en la percepción subjetiva de la CV, así como también en las circunstancias objetivas negativa asociadas al trastorno (20, 29, 34, 44, 55). En salud mental existe interés por estudiar las diferencias entre las evaluaciones objetivas y subjetivas de un mismo sujeto, ya que se han descrito discrepancias en la percepción de la CV entre pacientes y clínicos (37, 50). Ello podría deberse a que el estado mental modula la percepción del bienestar, como se ha demostrado al comparar las diferencias en la valoración de la CV, por ejemplo entre pacientes que padecen esquizofrenia y sus terapeutas; observándose como el grado de diferencias estaba relacionado directamente con la gravedad psicopatológica (8). Actualmente los enfoques de investigación de la CV en salud mental se pueden sintetizar en: los enfoques cualitativos, que atienden al relato de las experiencias y problemas expresados por los pacientes, y los enfoques cuantitativos, que pretenden operativizar la CV estudiando indicadores sociales, psicológicos y ecológicos (14, 18, 24). Se ha sugerido (7, 9, 11), que era necesaria mayor investigación sobre la metodología del estudio de la CV percibida en pacientes que padecen trastornos mentales severos, y recomendaron completar la percepción subjetiva de los pacientes con las evaluaciones del clínico y/o con información objetiva.

Tabla 1. Conceptos y modelos de calidad de vida.

Autor	Año	Definición/componentes
Lehman	1982	Modelo de satisfacción. La CV incluye tres aspectos: características personales, condiciones objetivas de vida y satisfacción con las condiciones de vida. El nivel de CV experimentado depende de si sus condiciones reales de vida satisfacen sus necesidades, deseos y carencias.
Bigelow	1982	Modelo del funcionamiento del rol. Plantea que la felicidad y la satisfacción se relacionan con las condiciones sociales y ambientales requeridas para cubrir las necesidades humanas básicas. Las necesidades psicológicas de orden superior surgen cuando las básicas están cubiertas.
Stevens	1986	Compuesta por tres factores: función física, función social (familia, vida social y dependencia) y función emocional (aislamiento, depresión y ansiedad).
Walker y Asher	1986	Interpretan el concepto en relación a la salud como un continuum dentro de una escala de bienestar que cubre aspectos tales como satisfacción, percepción de la salud general, bienestar psicológico, bienestar físico y limitación de roles, enfermedad y muerte.
Bech	1993	El concepto de CV en relación a la salud se refiere al bienestar subjetivo del paciente dentro del contexto de su enfermedad, accidente o tratamiento.
Rvlander	1992	La CV relacionada con la salud representa el efecto funcional de una enfermedad y su terapéutica consecuente, tal y como es percibido por el individuo.
Becker	1993	Modelo combinado de "importancia/satisfacción". Incorpora tanto la satisfacción subjetiva del paciente como la importancia que tienen para la persona las dimensiones de vida. Hay diferencias interpersonales en los valores y preferencias, y considera que las condiciones objetivas de vida afectan de forma diferente a la CV subjetiva.
Cummins	1993	Considera dentro del concepto de CV: el bienestar emocional (85%), temas relacionados con la intimidad (70%) y factores relacionados con el trabajo (productividad) representando un 56%.
Lehman	1995	La CV es un concepto que engloba la capacidad funcional de cada persona de actuar, resolver problemas, aplicar los recursos propios o externos disponibles y bienestar. Diferencia entre la Calidad de vida objetiva y subjetiva. Distingue tres perspectivas de estudio: marco general de la CV, Calidad de vida Autopercebida y diferencias en función de cada enfermedad.
OMS (grupo de trabajo WHOQOL)	1995	Medidas de la CVRS, deben ser: subjetivas (recoger la percepción de los pacientes), multidimensional, incluir sentimientos positivos y negativos y registrar la variabilidad en el tiempo (edad, etapa vital, momento de la enfermedad,...).
Bobes	1999	Recomienda completar la evaluación objetiva de la CV con la subjetiva.
Schalock	1996 2002	CV es un concepto que refleja las condiciones de vida deseadas por una persona en relación a ocho necesidades que representan el núcleo de las dimensiones de vida: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos.
Bengtsson-Tops	2005	Constructo multidimensional, relacionado con las características personales, roles sociales, condiciones vitales y la percepción subjetiva de la persona en las diferentes esferas vitales
Drummond	2007	Considera que sólo las áreas física y psicológica son suficientes.

- **CVRS:** Calidad De vida Relacionada con la Salud.

Calidad de vida en trastornos por uso de drogas

En el campo de las drogodependencias el estudio y la investigación del concepto de CV se inició en la década de los noventa del siglo XX y aunque es una cuestión de actualidad, hay pocos estudios específicos. En la presente revisión, se realizó una búsqueda de los trabajos relacionados publicados hasta abril del 2010, en las bases de datos: PubMed y Web of Knowledge, utilizando las siguientes palabras clave: quality of life, addiction, drug dependence, dual diagnosis and mental disorders y, en la que se realizaron búsquedas por autor, utilizando los principales autores identificados en la primera búsqueda. Se identificaron 1486 trabajos sobre CV y abuso sustancias de ellos 433 eran sobre CV y adicciones, y 37 sobre CV y patología dual, y estaban relacionados con el estudio del concepto de CV en drogodependencias.

En el área de las adicciones el concepto de CV, ha sido aplicado en términos de funcionamiento, bienestar y satisfacción con la vida. No se dispone de una definición operativa del concepto, aceptándose la definición del grupo de la OMS (67), que incluye la multidimensionalidad y la influencia de la percepción del paciente de

sus condiciones vitales, del consumo de sustancias, sus consecuencias y los tratamientos que recibe (ver Tabla 2). Se ha demostrado que la CV en pacientes drogodependientes está claramente alterada (3, 47), incluso en las fases iniciales del trastorno (43), estando el grado de afectación de la CV relacionado con el nivel de sintomatología que presentan las personas con trastornos por uso de sustancias (30, 36). Carpio (15) plantea un modelo conceptual y lo definió como la resultante funcional de las condiciones biológicas, socioculturales y psicológicas de las personas, más allá de las puras condiciones materiales o biológicas. El constructo "CV autopercebida" en personas con trastornos por uso de sustancias, se entiende como un indicador de las alteraciones físicas, psíquicas y sociales (22). Moons, Budts y De Geest (43), revisaron los trabajos publicados sobre la percepción de la CV en drogodependientes y encontraron ocho conceptualizaciones que se solapan. Otros autores describieron que la satisfacción es el concepto más adecuado para englobar los diversos aspectos de la CV autopercebida (46). Finalmente en algunos trabajos se destaca la influencia e importancia de las alteraciones psicopatológicas sobre la CV en drogodependientes (43).

Tabla 2. Conceptos y modelos de calidad de vida en drogodependencias.

Autor	Año	Definición/componentes
Torrens	1999	En el área de los trastornos adictivos el concepto de CV ha sido aplicado en términos de funcionamiento, bienestar y satisfacción con la vida. El objetivo de su evaluación en población drogodependiente trasciende de la presencia y severidad de los síntomas.
Fernández	2003	Necesidad del estudio del constructo "CV autopercebida" como indicador de alteraciones físicas, psíquicas y sociales en los pacientes.
Moons	2006	Efectúa una revisión de trabajos referidos a la percepción de la CV publicados en las últimas décadas, y encuentra 8 conceptualizaciones que se solapan: vida normal, competencia social, utilidad, felicidad, satisfacción con la vida, satisfacción con dominios inespecíficos, consecución de metas personales y capacidad natural.
Pedrero	2007	Describe que la satisfacción es el concepto más adecuado para englobar los diversos aspectos de la CV autopercebida.

Importancia del concepto de calidad de vida en drogodependencias

El uso del concepto de CV en pacientes drogodependientes es básico; aunque su definición no está totalmente consensuada, existen acuerdos sobre sus características y sus implicaciones en el tratamiento (Tabla 3). Se conoce que la evaluación en población drogodependiente trasciende a la presencia y severidad de los síntomas del trastorno (3, 28), los efectos adversos del tratamiento, o de cómo el paciente percibe y experimenta sus efectos en la

vida diaria (63, 64). Se debe considerar que frecuentemente no es el propio consumo sino los problemas asociados, los que motivan a los usuarios de drogas a solicitar ayuda y a seguir un tratamiento. También se ha propuesto que la información acerca de la CV puede ser usada tanto por clínicos como por los pacientes, para tomar decisiones relevantes respecto al tratamiento (42, 49). Algunos de los componentes de la CV (ej.: autoconcepto, autoeficacia, afrontamiento a situaciones estresantes, características de personalidad, expresión de la emoción y apoyo social), se han relacionado con la adherencia al tratamiento (50). En

drogodependientes se han descrito dos factores implicados en la adherencia y en el abandono del tratamiento: la gravedad de la adicción y la psicopatología (59). Se ha sugerido que los que abandonan el tratamiento tienen una adicción más severa que los que finalizan. La gravedad de la adicción se podría operativizar atendiendo a variables como: ser policonsumidor, tener psicopatología asociada, menor apoyo familiar y un mayor periodo de consumo (47). Según Secades, García-Rodríguez, Fernández-Hermida y Carballo (59), el bajo nivel de adherencia al tratamiento, se relaciona con la falta de conciencia de enfermedad y del balance que realizan, entre los efectos positivos al acudir a tratamiento (medio-largo plazo en su mayoría) y los refuerzos positivos inmediatos en el mantenimiento del consumo de drogas.

Tanto en pacientes dependientes de cocaína como de heroína, existe reducción en la capacidad de percepción de la enfermedad (61). En concreto, los pacientes dependientes de cocaína, presentan ausencia de "conciencia de enfermedad", y representa el factor principal relacionado con las dificultades de acceso al tratamiento, por encima de otros factores extrínsecos, estigmatizadores y de respuesta al entorno (61).

El estudio de la valoración que presentan los adictos sobre su estado personal (ámbito físico, social y de salud mental) y de las áreas que necesitan cambiar, aporta información valiosa para mejorar el proceso terapéutico y así reducir el abandono. Las discrepancias entre la situación de consumo activo y la percepción de enfermedad, pue-

de explicar las resistencias al tratamiento. En este sentido, una de las razones por las que se empezaron a considerar las experiencias de los pacientes drogodependientes durante los tratamientos, fue por la disociación frecuente que aparecía entre las percepciones de pacientes y de los profesionales (20), fenómeno ya descrito en pacientes con otro tipo de trastornos mentales (8). Esto era especialmente notable en pacientes drogodependientes que además padecían otros trastornos mentales (patología dual) (23). La existencia de otros trastornos mentales en dependientes de cocaína (52) o de opiáceos (53), es una situación muy frecuente.

Por los motivos anteriormente descritos, actualmente los objetivos terapéuticos no sólo se definen por los profesionales sino que también se recomienda incluir la perspectiva del propio paciente (49). Por ello es muy importante evaluar las expectativas terapéuticas, en la mejora de la adherencia y aumento de la motivación. Además, para mejorar y optimizar los programas terapéuticos es básico estudiar los factores que influyen en las áreas subjetivas del bienestar físico/mental de los pacientes, ya que estos factores tienen relación con la evolución. Recientemente, se ha iniciado la incorporación de la CV, como variable resultado en estudios de evaluación terapéutica de pacientes con trastornos mentales (8), incluyendo los programas de tratamiento en adicciones (32). Sin embargo, aún en la mayoría de los trabajos, ni las experiencias vitales de los pacientes, ni la percepción subjetiva del grado de bienestar son utilizadas (49).

Tabla 3. Calidad de vida (CV) en Drogodependencias.

Aún es un concepto cambiante.
Las dimensiones habitualmente integradas son: física, psicológica y social.
La satisfacción vital relacionada con los consumos, es un factor emergente.
Existen discrepancias en la evaluación paciente-clínico de CV.
Las discrepancias están relacionadas con la presencia de patología dual.
Hay relación gravedad de la adicción- nivel de calidad de vida.
Componentes como la percepción de la enfermedad (conciencia de enfermedad), está relacionado con la búsqueda y adherencia al tratamiento.
La CV es útil en la evaluación de programas de tratamiento.

Conclusiones

En la actualidad el concepto y las dimensiones de la CV, no están todavía totalmente definidos, aunque existen aspectos de acuerdo básicos. Se considera muy importante la percepción subjetiva de la persona adicta.

Es fundamental el estudio de la dimensión subjetiva de la CV, debido a su posible influencia en la búsqueda y adhesión a los tratamientos; ya que la percepción del paciente

sobre sus problemas cotidianos, el padecer problemas de salud y la necesidad de tratamiento, están relacionados con la adherencia y por lo tanto con el pronóstico del tratamiento.

Dada la influencia de la CV sobre la evolución de los pacientes con drogodependencias, incluso en etapas iniciales, se deben realizar esfuerzos clínicos en su aplicación operativa y evaluación sistemática, lo que podría mejorar la efectividad de las intervenciones. También, se debería

valorar su aplicabilidad como indicador de calidad de los programas de tratamiento, debido a su componente longitudinal intrínseco.

A pesar de que actualmente no exista una definición consensuada en drogodependencias, se incluyen como componentes esenciales del concepto de CV: las condiciones físicas/biológicas, la dimensión psicológica y el entorno social; ocupando un papel fundamental en los estudios actuales, la satisfacción vital del paciente.

Agradecimientos: este artículo se realizó gracias a una subvención concedida por la Subdirección General de Drogodependencias (Departamento de Salud. Generalitat de Catalunya), para el estudio de la dependencia de cocaína ■

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Referencias bibliográficas

1. Angermeyer M, Kilian R. Calidad de vida en los trastornos mentales. En: Katschnig H, Freeman H, Sartorius N (eds.). Modelos teóricos de calidad de vida en los trastornos mentales. Barcelona: Editorial Masson S.A.; 2002. p 3-16.
2. Arostegui I. Evaluación de la calidad de vida en personas adultas con retraso mental en la comunidad autónoma del País Vasco. País Vasco, Universidad de Deusto, 1998.
3. Astals M, Domingo-Salvany A, Buenaventura CC, Tato J, Vázquez JM, Martín-Santos R. et al. Impact of substance dependence and dual diagnosis on the quality of life of heroin users seeking treatment. *Subst Use Misuse* 2008; 43 (5): 612-32.
4. Ay-Woan P, PeiYing C, LyInn C, Tsy-Jang C, Ping-Chuan H. Quality of life in depression: Predictive models. *Quality of life research* 2006; 15 (1): 39-48.
5. Bech P. Quality of life measurements in chronic disorders. *Psychother Psychosom* 1993; 59: 1-10.
6. Becker M, Diamond R, Saintort F. A new patient focused index for measuring quality of life in person with severe and persistent mental illness. *Quali Life Res* 1993; 2: 239-251.
7. Bello I, Steffen J, Hayashi K. Cognitive motivational systems and life satisfaction in serious and persistent mental illness. *Qual Life Res* 2011; 20: 1061-1069.
8. Bengtsson-Tops A, Hansson L, Sandlund M, Bjarnason O, Korkeila J, Merinder L. et al. Subjective versus interviewer assessment of global quality of life among persons with schizophrenia living in the community: A Nordic multicentre study. *Qual Life Res* 2005; 14: 221-229.
9. Bergsma A, Veenhoven R, ten Have M, de Graaf R. Do they know how happy they are? on the value of self-rated happiness of people with a mental. *J Happiness Stud* 2010; DOI: 10.1007/s10902-010-9227-5.
10. Bigelow DA, Brodsky G, Stewart L, Olson M. The concept and measurement of quality of life as a dependent variable in evaluation of mental health services. En: Stahler GJ & Tash WR (eds.). Innovative approaches to mental health evaluation. Nueva York: Editorial Academic press; 1982. p. 345-366.
11. Bobes J, Gutiérrez M, Gibert J, González MP, Herraiz ML. Calidad de vida y discapacidad en pacientes esquizofrénicos crónicos en tratamiento con risperidona y previamente tratados con neurolepticos depot. *Actas Esp Psiquiatr* 1999; 27: 229-234.
12. Borthwick-Duffy SA. Quality of life and quality of care in mental retardation. En: Rowitz L (ed.). Mental retardation in the year 2000. Berlín: Editorial Springer-Verlag; 1992. p. 52-66.
13. Bousoño M, González P, Pedregal J, Bobes J. Calidad de vida relacionada con la salud. *Monografías de Psiquiatría* 1993; 5 (6): 12-17.
14. Bowling A, Windsor J. Towards the good life: a population survey of dimensions of quality of life. *J Happiness Stud* 2000; 2: 55-82.
15. Carpio C. Calidad de vida, psicología y salud. Ponencia presentada en la Facultad de Psicología, UNFV. Lima, 2000. Disponible en: http://www.cedro.org.pe/ebooks/Psicoactiva19p7_28.pdf
16. Chen K, Scheier LM, Kandel DB. Effects of chronic cocaine use on physical health: A prospective study in a general population sample. *Drug Alcohol Depend* 1996; 43: 23-37.
17. Cummins RA. Comprehensive Quality of Life Scale for adults. Manual ComQol-A4. Deakin University, School of Psychology. Australia; 1993.
18. Dennis R, Williams W, Giangreco M, Cloninger Ch. Calidad de vida como contexto para la planificación y evaluación de servicios para personas con discapacidad. *Siglo Cero* 1994; 25 (155): 5-18.
19. Drummond M, O'Brien B, Stoddart G, Torrance G. Methods for the economic evaluation of healthcare programmes. Oxford, Editorial Oxford University Press, 2007.
20. Eklund M, Backstrom M, Hansson L. Personality and self-variables important of subjective quality of life in schizophrenia out-patients. *Acta Psychiatr Scand* 2003; 108: 134-143.
21. Felce D, Perry J. Quality of life: It's Definition and Measurement. *Res Dev Disabil* 1995; 16 (1): 51-74.
22. Fernández J, López C, Arim MJ, Alameda J. Cambios en la vía de administración de drogas en heroinómanos. *Rev Clin Esp* 1993; 193: 76-77.
23. Foster JH, Powell JE, Marshall EJ, Peters TJ. Quality of life in alcohol-dependent subjects – a review. *Qual Life Res* 1999; 8: 255-261.
24. Gerhards S, Evers S, Sabel P, Hubers M. Discrepancy in rating health-related quality of life of depression between patient and general population. *Qual Life Res* 2011; 20: 273-279.
25. Gill TM, Feinstein AR. A critical appraisal of the quality of Quality-of-life Measurements. *JAMA* 1994; 272 (8): 619-25.
26. Gómez-Vela M, Eliana N. Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica.

- Instituto Universitario de Integración en la Comunidad, Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca; 2006.
27. Ghodse AH, Clancy C, Oyefeso, A, Rösinger C, Finkbeiner T, Schifano F, et al. The impact of methadone substitution therapy (MST) on illicit drug use and drug abuse-related quality of life: A European Study. *Heroin Add & Rel Clin Probl* 2003; 5: 5-15.
 28. Habrat B, Chmielewska K, Baran-Furga H, Keszycka B, Taracha E. Subjective Quality of Life in opiate-dependent patients before admission after six months and one-year participation in methadone program. *Przegl Lek* 2002; 59 (4-5): 351-4.
 29. Holoway F, Carson J. Subjective quality of life, psychopathology, satisfaction with care and insight: an exploratory study. *Int J Soc Psychiatry* 1999; 45: 259-267.
 30. Iraurgi I, Casas A, Celorio MJ, Díaz-Sanz M. Calidad de vida relacionada con la salud en usuarios de un programa de metadona. *Adicciones* 1999; 24: 131-47.
 31. Iraurgi I, Jiménez-Lerma JM, Landabasco M. Análisis de las características psicométricas del índice de salud SF-36 como indicador de resultados en drogodependencias. (serial online) 2005 (citado 1/08/2010). Disponible en: <http://www.psiquiatria.com>.
 32. Iraurgi I, Póo M, Márquez I. Valoración del índice de salud Sf-36 aplicado a usuarios de programas de metadona. Valores de referencia para la comunidad autónoma vasca. *Revista española de salud pública* 2004; 78: 609-621.
 33. Kievit W, Hendriks J, Stalmeier P, Van de Laar M, Van Riel P, Adang E. The relationship between change in subjective outcome and change in disease: a potential paradox. *Qual Life Res* 2010; 19: 985-994.
 34. Kostka T, Jachimowicz V. Relationship of quality of life to dispositional optimism, health locus of control and self-efficacy in older subjects living in different environments. *Qual Life Res* 2010; 19: 351-361.
 35. Lamb HR. The new asylums in the community. *Arch Gen Psychiatry* 1979; 36: 129-134.
 36. Laudet A, Becker JB, White WL. Don't Wanna Go Through That Madness no More: Quality of Life Satisfaction as Predictor of Sustained Remission from Illicit Drug Misuse. *Subst Use Misuse* 2009; 44: 227-252.
 37. Lehman AF. Measuring quality of life in a reformed health system. *Health Affairs* 1995; 14 (3): 90-101.
 38. Lehman AF, Ward NC, Linn LS. Chronic mental patients: The quality of life issue. *Am J Psychiatry* 1982; 139: 1271-1276.
 39. Lèplege A, Hunt S. El problema de la calidad de vida en medicina. *JAMA* 1998; 7 (1): 19-23.
 40. Leidy NK, Elixhauser A, Vickrey B, Means E, Willian MK. Seizure frequency and the health-related quality of life of adults with epilepsy. *Neurology* 1999; 53 (1): 162-166.
 41. Lozano OM, Domingo-Salvany A, Martínez-Alonso M, Brugal MT, Alonso J, de la Fuente L, et al. Health related quality of life in young cocaine users and associate factors. *Qual Life Res* 2008; 17 (7): 977-85.
 42. Miller PG & Miller WR. What should we be aiming for in the treatment of addiction? *Addiction* 2009; 104: 685-686. doi:10.1111/j.1360-0443.2008.02514.x.
 43. Moons P, Budts W, De Geest S. Critique on the conceptualisation of quality of life: a review and evaluation of different conceptual approaches. *Int J Nurs Stud* 2006; 43 (7): 891-901.
 44. Nishiyama T, Ozaki N. Measurement limit of quality-of-life questionnaires in psychiatric settings. *Qual Life Res* 2010; 19: 25-30.
 45. Pearlman RA, Uhlman RE. Quality of life in chronic diseases: perceptions of elderly patients. *J Gerontol* 1988; 43 (2): 25-30.
 46. Pedrero EJ, Olivar A, Chicarro J. Cuestionario CAD-4: una medida biopsicosocial de la calidad de vida autopercibida en pacientes drogodependientes. *Trastornos adictivos* 2007; 10(1): 17-31.
 47. Puigdollers E, Domingo-Salvany A, Brugal MT, Torrens M, Alvarós J, Castillo C, et al. Characteristics of heroin addicts entering methadone maintenance treatment: quality of life and gender. *Subst Use Misuse* 2004; 39 (9): 1353-68.
 48. Reich R, Siegel L. The chronically mentally ill shuffle to oblivion. *Psychiatric Annals* 1973; 3: 35-55.
 49. Revicki DA, Osoba D, Fairclough D, Barofsky I, Berzon R, et al. Recommendations on health-related quality of life research to support labelling and promotional claims in the United States. *Qual Life Res* 2000; 9 (8): 887-900.
 50. Richter D, Eikelmann B, Berger K. Use of the SF-36 in the evaluation of a drug detoxification program. *Qual Life Res* 2004; 13: 907-914.
 51. Ring L, Gross C, McColl E. Putting the text back into context: toward increased use of mixed methods for quality of life research. *Qual Life Res* 2010; 19: 613-615.
 52. Roncero C, Daigre C, Gonzalvo B, Valero S, Castells X, Grau-López L, Casas M. Risk factors for cocaine-induced psychosis in cocaine dependent patients. *Eur Psychiatry* 2011. DOI10.1016/J.EUROPSY.2011.06.012.
 53. Roncero C, Fuste G, Barral C, Rodríguez-Cintas L, Martínez-Luna N, Eiroa-Orosa FE, Casas M, on behalf of the PROTEUS study investigators. Therapeutic management and comorbidities in opiate-dependent patients undergoing a replacement therapy programme in Spain: the PROTEUS study. *Heroin Add & Rel Clin Probl* 2011b; 13 (3): 5-16.
 54. Rudolf H, Watts J. Quality of life in substance abuse and dependency. *Int Rev Psychiatry* 2002; 14 (3): 190-197.
 55. Rylander A. Impacto del Tratamiento Antipsicótico en la Evaluación de la Calidad de Vida. Consideraciones Metodológicas. Sexto Congreso Europeo de la Asociación Europea de Psiquiatría. Barcelona; 1992.
 56. Schalock RL, Editores. Quality of life. Vol. 1: Its conceptualization, measurement and use. Washington, D.C.: American Association on Mental Retardation; 1996.
 57. Schalock R, Verdugo MA. Quality of life for human service practitioners. Washington, DC: American Association on Mental Retardation. Calidad de vida. Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales. Madrid, Alianza Editorial, 2003.
 58. Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y enfermería* IX 2003; 2: 9-21.
 59. Secades R, García-Rodríguez O, Fernández-Hermida JR, & Carballo JL. Fundamentos psicológicos del tratamiento con drogodependientes. *Papeles del psicólogo* 2007; 28 (1).
 60. Slevin ML, Plant H, Lynch D. Who should measure quality of life, the doctor or the patient? *Br J Cancer* 1988; 57: 109-112.
 61. Stevens J. Applied Multivariate Statistics for the Social Sciences. London, LEA, 1986.
 62. Tomás S, Samper T, Torrijo MJ, Vidal A, Aguilar R, Valderrama JC. Barreras de accesibilidad al tratamiento: diferencias entre adictos a la heroína y adictos a la cocaína de la Comunidad Valenciana. *Trastornos Adictivos* 2007; 9 (3): 206-214.
 63. Torrens M, Domingo-Salvany A, Alonso J, Castillo C, San L. Methadone and quality of life. *Lancet* 1999; 353: 1101.
 64. Torrens M, San L, Martínez A, Castillo C, Domingo-Salvany A, Alonso J. Use of the Nottingham Health Profile for measuring health status of patients in methadone maintenance treatment. *Addiction* 1997; 92 (6): 707-16.
 65. Ware JE. Methodological considerations in the selection of health status assessment procedures. En: Wenger NK, Matson ME, Furberg CD, Elinson J (eds.). Assessment of quality of life in clinical trials of cardiovascular disease, Lejacq Pub. Co. New York; 1984. p. 87-111.
 66. Walker SR, Asscher W. Medicine and Risk/Benefit Decisions. Lancaster, MTP Press Limited, 1986.
 67. WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality of life assessment. Position Paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med* 1995; 41 (10): 1403-1409.

Alcances y límites del efecto placebo

Sergio Aníbal Halsband

Médico Psiquiatra (UBA)

Magister en Psiconeurofarmacología (Universidad Favaloro)

Presidente Honorario del Capítulo de Psicofarmacología de APSA

Coordinador del Programa de Educación Médica Continua de APSA

Docente Titular de Terapéutica II del Curso de Posgrado para Médicos Psiquiatras de la UBA

Profesor Titular Interino de Psicofarmacología I del Curso de Posgrado para Médicos Psiquiatras de APSA

E-mail: sergiohalsband@gmail.com

Introducción

“Placebo” es una palabra latina que significa “complaceré”, lo que sugiere que tiene origen en la medicina por aludir a una prescripción destinada a “complacer” al paciente. Sin embargo, el término tiene más riqueza histórica y semántica de lo que aparenta. Este vocablo es difundido por primera vez en la versión latina de la Biblia (la Vulgata, atribuida a San Jerónimo), en el Salmo 116, que curiosamente es un agradecimiento al Señor por proporcionar alivio en la aflicción y salvación de la muerte.

Como bien recuerda Shapiro (21) en uno de sus versículos aparece “Etalej lifnei Adonai”..., literalmente: “caminaré delante del Señor”, y fue traducida al latín como “Placebo Dominum”..., o sea “complaceré al Señor”. Una traducción falsa está en el origen de un concepto que hace alusión a un remedio “falso”.

Este salmo formaba parte del repertorio litúrgico de las “lloronas”, que desde la Edad Media se contrataban para honrar a los difuntos en los funerales. Teniendo en cuenta que los lamentos proferidos en dichas ceremonias rara vez eran sinceros, en algún momento se comenzó a

decir que las cuestionadas profesionales rezaban “placebos”. Ya no había mucha distancia para la incorporación del término a la medicina, con la connotación de engaño por parte del médico o curandero para aprovecharse de la credulidad del paciente. Y el término de “placebo” continuó siendo peyorativo hasta bien entrado el siglo XX. Se suponía que un placebo era una sustancia supuestamente inerte que se administraba en forma deliberada, y el médico sabía positivamente que no estaba prescribiendo una sustancia activa.

El concepto cambió sustancialmente a partir de la década del ‘50, rica en avances de la medicina, entre ellos la “Revolución Psicofarmacológica”, y la proliferación de ensayos clínicos controlados, en los que el comparador paradigmático era el placebo. Paralelamente, apareció un nuevo concepto, el de “efecto placebo”. Este concepto, además de más moderno, es más complejo y sutil. Para intentar dar cuenta de él tenemos tres tareas: definirlo, medirlo, y explicarlo. De este modo, nos orientaremos al cumplimiento del objetivo de esta revisión, que básicamente consiste en brindar

Resumen

El efecto placebo resulta difícil de medir, ya que toda respuesta favorable al placebo puede ser relacionada con otros factores, por ejemplo la remisión espontánea. Existen teorías complementarias para explicarlo, como el condicionamiento y la expectativa. Además, el efecto placebo induce cambios neurobiológicos en el cerebro. Sin embargo, el elemento más importante es la interacción entre el médico y el paciente.

Palabras clave: Placebo - Condicionamiento - Expectativa - Neurobiología - Vínculo.

SCOPE AND LIMITATIONS OF PLACEBO EFFECT

Summary

The placebo effect is difficult to measure, since any favorable response to placebo may be related to other factors, such as spontaneous remission. There are complementary theories to explain it, such as conditioning and expectancy. In addition, the placebo effect induces neurobiological changes in the brain. However, the most important element is the interaction between doctor and patient.

Key words: Placebo - Conditioning - Expectancy - Neurobiology - Link.

herramientas para reconocer este fenómeno, precisar sus alcances y brindar elementos teóricos que ayuden a su implementación en el contexto terapéutico de la psiquiatría.

Definirlo

Como refiere Shapiro (22), las primeras definiciones de “placebo”, empleadas a fines del siglo XIX y primeras décadas del XX apuntaban a una “sustancia inerte o inactiva”, que se utilizaba “para complacer”, como sugiere su etimología. Definición imprecisa e inexacta para el uso que actualmente le damos al término. En primer lugar, es problemática la existencia de algo así como una sustancia “inerte”: la píldora de azúcar o almidón de hecho no lo es, o al menos no podemos estar absolutamente seguros de que lo sea. Tampoco es necesario que el placebo sea inerte; bastaría con que se lo considere ineficaz para la condición para la cual se lo emplea. En cuanto a la otra parte de la definición, el requisito de que el placebo sea administrado en forma intencional “para complacer” tampoco tiene vigencia, ya que como puntualiza Wikinski (27), también se considera placebo a toda sustancia que no demuestre ser mejor que un placebo, o sea que toda droga que se proponga como tal es placebo hasta que se pruebe lo contrario.

Los placebos suelen clasificarse en: farmacológico, psicológico y físico. Obviamente, el placebo farmacológico es el placebo por excelencia, ya que no sólo es de uso más difundido y frecuente, si no también el más estudiado. Cuando no se aclara a qué tipo de placebo nos referimos, se presupone que se trata del placebo farmacológico. Además es el único tipo de placebo que, en el contexto de una investigación, es apto para ser administrado a doble ciego. Las características del placebo farmacológico no son neutras. Desde hace varias décadas se conoce que la forma, el color, el nombre y otros atributos influyen en el resultado, y esto lo saben bien los diseñadores industriales. Así, por ejemplo, se encontró que el lorazepam en comprimidos verdes fue más eficaz que la misma dosis en tabletas amarillas, que a su vez eran mejores que las rojas (21).

El placebo físico, como su nombre lo indica, tiene que ver con prácticas terapéuticas, o prácticas con propósitos terapéuticos, como la cirugía, la acupuntura, la digitopuntura, el láser, la masoterapia, etc. Los resultados de los que disponemos no son concluyentes, en parte debido a limitaciones metodológicas. Un meta-análisis reciente encuentra a la acupuntura tan efectiva como los antidepresivos en depresión mayor y depresión post-accidente cerebrovascular (28). Aunque no se tenga en cuenta la pequeñez y la heterogeneidad de los estudios considerados, este resultado no puede considerarse definitivo: la depresión es una patología muy respondedora al placebo y los antidepresivos no aventajan al placebo en un porcentaje elevado, por eso son necesarios estudios con muestras grandes para encontrar significación estadística. Por otra parte, se ha intentado comparar los resultados analgésicos de

la acupuntura con “acupuntura placebo”, con punciones en puntos anatómicos diferentes a los prescritos por dicha disciplina, sin resultados claros (20). Como observa Evans, los supuestos efectos de la acupuntura podrían ser específicos, o bien deberse al simple hecho de la punción, independientemente del punto en el cual se la practica (9). Es interesante señalar que para distintas patologías, el efecto placebo de la “acupuntura falsa” parece ser mayor que el del placebo farmacológico (16, 18). En definitiva, no sabemos si la acupuntura es o no un placebo.

Las investigaciones en torno a la falsa cirugía o “cirugía placebo” son más escasas aún, por las implicancias éticas del hecho de anestesiarse a un paciente, abrirlo, y luego cerrarlo. Esto ha sido planteado, por ejemplo, en el uso de esta práctica para conformar un grupo control en el estudio de la cirugía de la enfermedad de Parkinson (11). Existe el antecedente, como lo señala Wikinski (27), de una operación de ligadura de la arteria mamaria interna para la angina de pecho cuya ineficacia sólo pudo ser demostrada mediante la comparación con cirugía placebo. Como consecuencia, se han evitado a posteriori miles de operaciones inútiles. Como curiosidad, también se ha reportado efecto placebo en la terapia electroconvulsiva “falsa” (10).

El placebo psicológico también constituye un tema complejo. La psicoterapia, junto con la farmacoterapia, es uno de los pilares fundamentales de la terapéutica psiquiátrica. El procedimiento adecuado sería comparar los resultados de una serie de conversaciones de otro paciente con una persona no entrenada en la práctica psicoterapéutica. Si no hay diferencias significativas entre la psicoterapia y la psicoterapia placebo, como lo sostiene Shapiro (21), entonces la psicoterapia sería un placebo. Otro punto a tener en cuenta es la eficacia comparativa entre psicoterapias de diferentes escuelas. Aquí comienzan las dificultades, porque la manera de evaluar distintos tipos de psicoterapia puede ser inadecuada. Por ejemplo, no podemos aplicar la misma escala a una terapia que tenga como objetivo el alivio de los síntomas que una que apunte a la resolución de conflictos. Esto nos remite al concepto de Kuhn de la incommensurabilidad de los paradigmas.

Hecha esta salvedad, se expondrán las conclusiones de algunas revisiones sobre el tema que se vienen realizando desde hace décadas. Un meta-análisis de Smith y Glass (23) compara gran cantidad de estudios, muy heterogéneos entre sí. El resultado final fue que la psicoterapia fue mejor que el placebo, pero los placebos no siempre fueron psicológicos y efectuados con la misma técnica. Incluso, en algunos casos se trató de placebos farmacológicos: aquí debemos tener en cuenta que, como ya se ha señalado, aparentemente hay placebos más potentes que otros. Otro resultado obtenido en este estudio fue que no hubo diferencias de eficacia entre distintos tipos de psicoterapia, lo cual merece la siguiente reflexión: cada escuela psicoterapéutica justifica teóricamente su efectividad en lo que cada una tiene de particular, entonces la falta de diferencias apuntaría a valorar lo que todas tienen en común, es decir

la interacción humana entre el terapeuta y el paciente. Más ordenado es un pequeño estudio en el cual se compara un grupo de 15 pacientes con depresión o ansiedad tratados por psicoterapeutas entrenados con otro grupo similar asignado a profesionales universitarios sin entrenamiento psicológico alguno. No aparecieron diferencias significativas entre los dos grupos (25).

Una posible conclusión es que la psicoterapia no sirve, es "placebo", pero también que el factor más importante que beneficia al paciente es, de nuevo, la interacción humana con el terapeuta, entrenado o no, que los autores llaman "factores inespecíficos" de la psicoterapia.

Un meta-análisis más reciente, circunscrito a la terapia cognitiva comportamental para los trastornos de ansiedad, encuentra a la primera más eficaz que el placebo, aunque nuevamente la naturaleza de los placebos difiere en los distintos estudios: se han usado relajación, "counseling", grupos de discusión, terapias grupales, placebo farmacológico y un largo etcétera. La diferencia más significativa apareció en el tratamiento del trastorno obsesivo compulsivo, que precisamente es el trastorno de ansiedad menos respondedor al placebo (13).

De modo que podemos inferir que la presencia de la persona cuya función es asistir o curar puede generar efectos terapéuticos. Pero debemos añadir una diferencia: la psicoterapia, aún la psicoterapia "placebo" brinda al paciente algún tipo de información, en principio beneficiosa. El placebo farmacológico, no.

Medirlo

A priori, parecería que la medición del efecto placebo es una tarea sencilla. En primer lugar, debemos diferenciar en qué patología vamos a efectuar la evaluación, ya que sabemos que no podemos esperar la misma magnitud de efecto placebo en una depresión que en una demencia. Supongamos que en un estudio, o promedio de estudios controlados sobre la farmacoterapia de la depresión, encontramos un 60% de respuesta a la droga activa versus un 40% de respuesta al placebo, y entonces inferimos que en la depresión, la magnitud del efecto placebo es del 40%.

Pero, lamentablemente, esto es una simplificación excesiva: el efecto placebo no es lo mismo que todo lo que sucede después de la administración del placebo. Existen otros factores, como las remisiones espontáneas y el curso natural de la enfermedad. Se puede argumentar que es igualmente probable que un paciente de un estudio mejore o que empeore, pero eso no es cierto. Cuando, por ejemplo, un paciente que padece una depresión recurrente de evolución cíclica ingresa en un estudio seguramente lo hará en su peor momento, no en el mejor, y por lo tanto será más probable que mejore y más improbable que empeore, de la misma manera que un ascensor detenido en un noveno piso de un edificio de diez pisos tiene mayor probabilidad de ser llamado desde abajo que desde arriba. Esto se denomina, en términos estadísticos, regresión a la media.

Por eso bien dice Bügel (7) que la medicina conoce tres explicaciones posibles a la relación entre tratamiento y curación:

- 1) Los factores específicos del tratamiento.
- 2) "El poder curativo de la naturaleza".
- 3) El efecto placebo.

El primer elemento, en las drogas, se califica con los estudios controlados a doble ciego, que para eso están diseñados. Más complicado es deslindar los otros dos puntos. La única manera imaginable es asignar un grupo de pacientes al placebo y otro grupo a "no tratamiento", por ejemplo incluirlos en una lista de espera.

Esta comparación fue estudiada por Hróbjartsson y Gotzche, quienes recopilaron este tipo de estudios realizados en 40 patologías diferentes que incluían las condiciones más heterogéneas, como hipertensión, asma, anemia, hipercolesterolemia, alcoholismo, tabaquismo, depresión, esquizofrenia, insomnio, ansiedad, fobia, onicofagia compulsiva, enuresis, epilepsia, enfermedad de Parkinson y enfermedad de Alzheimer.

Los resultados se clasifican en "continuos" (cuando se podía consignar si un síntoma había remitido mucho o poco) y "binarios" (lo que nosotros llamamos discretos), cuando se responde por sí o por no. Sorprendentemente, los resultados mostraron ventajas para la medida continua de dolor y fobias pero ninguna significación para todo el resto de las patologías. Y para todas las medidas "binarias" no aparecieron diferencias estadísticamente significativas (13). Estos hallazgos fueron replicados por los mismos autores en un meta-análisis posterior que incluía nuevos estudios (15).

Este artículo de Hróbjartsson tuvo un profundo impacto sobre la concepción que se tenía del placebo, que venía de su edad de oro iniciada en la década del '50, con las publicaciones de Henry Beecher, anestesista americano, en las que atribuía, basado en algunos datos verídicos y otros adulterados, una gran eficacia al placebo.

Precisamente, su trabajo más famoso se denomina "The powerful placebo" (4), "el poderoso placebo", y el de Hróbjartsson "Is the placebo powerless?" (14): "¿Es el placebo ineficaz?".

Pero el trabajo de Hróbjartsson tampoco está exento de posibles cuestionamientos. Además de la observación de Evans (9) de que la gran heterogeneidad de las condiciones tratadas y la división de las mediciones en "continuas" y "binarias" diluye los resultados positivos que se han presentado en algunos síntomas, como el dolor, en un promedio no significativo, considero que el "no tratamiento", aparentemente único comparador posible del placebo, dista mucho de ser perfecto y libre de contaminación. El mensaje "No le voy a dar ningún tratamiento ahora. Inscríbese en la lista de espera y será llamado cuando corresponda" no es neutro. En primer lugar porque ya hay una interacción humana del paciente (o candidato a paciente) y el médico o auxiliar. En segundo lugar, esta persona puede conocer, o intuir mediante el sentido común, que si no lo tratan y lo

hacen esperar, es porque su patología no es grave o por lo menos no es urgente, y esto lo puede tranquilizar, y aquí se filtran componentes de la que llamamos efecto placebo. Quiénes trabajan en servicios sobresaturados, que deben recurrir a esta instancia, saben que muchos pacientes de lista de espera después no concurren, sea gracias a la acción curativa de la sabia naturaleza, y también a la tranquilidad de saberse incluidos en una lista. Con benevolente ironía, algunos denominan a esto “cronoterapia”.

También se ha criticado el confuso significado de los resultados “binarios”; por ejemplo, en el consumo de tabaco una reducción del 50% es reportada como “no curación”, a pesar de la importancia que tendría ese resultado en términos de la Salud Pública (12).

Explicarlo

Se considera que, para que el efecto placebo tenga lugar en el humano, existen tres condiciones básicas.

La primera es que el organismo preserve, total o parcialmente, la capacidad “autocurativa” de mantener, o tender a mantener, cierta homeostasis al servicio de la conservación de la vida. Como veremos más adelante, el sistema inmunitario está comprometido en esto.

La segunda es la capacidad simbólica de representarse la curación o el alivio de un padecimiento y por lo tanto deseársela, e interpretar que el espacio de dicha curación es el contexto clínico. Hasta donde sabemos, un individuo en estado de coma no puede experimentar el efecto placebo.

La tercera condición es que dicho contexto psicosocial en donde tiene lugar el efecto placebo concuerde con el paradigma cultural del momento y sea compartido por el sujeto. Por eso, en nuestra sociedad positivista funciona el placebo administrado por el médico, en cambio en otro contexto la figura que impulse la eficacia de la práctica placebo puede ser el hechicero o el sanador.

Desde el punto de vista psicológico, las dos grandes teorías que intentan dar cuenta del efecto y placebo son la del condicionamiento clásico y la de la expectativa.

El condicionamiento no requiere necesariamente una operación cognitiva consciente. Así, por ejemplo, en una experiencia en la cual se administraba buprenorfina a una serie de sujetos, éstos experimentaron una leve depresión respiratoria, no registrada conscientemente, pero sí en forma objetiva, al constatarse la disminución de la cantidad de respiraciones por minuto. Al reemplazar la buprenorfina por placebo, se mantiene esa diferencia por algún tiempo (5). También se constituye en la explicación más adecuada para lo que puede llamarse “efecto placebo” en animales, obviamente a través de mediciones objetivas como frecuencia cardíaca, tensión arterial, etc. (1).

La teoría de la expectativa presupone una disposición cognitiva consciente para obtener el efecto benéfico de un tratamiento, pero no necesariamente haber tenido experiencias previas condicionantes. En general, la confianza en el prescriptor, habitualmente el médi-

co, da la medida de la expectativa, pero en algunos casos la expectativa puede activarse sin la presencia de esta segunda persona. Sería el caso, por ejemplo, de un medicamento adquirido sin receta, cuyo prospecto, o a veces solamente el nombre de su marca, alusivo a su supuesta acción terapéutica, es suficiente para inducir en el doliente expectativas de obtener beneficios.

De acuerdo al análisis de ambas posturas realizado por Stewart-Williams y Podd (24), las dos teorías, lejos de ser antagónicas o excluyentes, son complementarias en la mayor parte de los casos. El origen del efecto placebo puede ser el condicionamiento clásico u otras fuentes, como el aprendizaje verbal. Este último provoca una expectativa consciente, mientras que el condicionamiento puede producir tanto aprendizaje consciente como no consciente. Ambas formas de aprendizaje, la consciente y la no consciente, pueden dar lugar a efecto placebo subjetivo (sobre la ansiedad, el dolor, etc.) o a efecto placebo fisiológico (sobre la fiebre, la tensión arterial, etc.).

Las teorías del condicionamiento clásico y la expectativa también son utilizadas para explicar el fenómeno contrario al efecto placebo: el efecto nocebo (del latín *nocere* = dañar), que consiste en experimentar los esperados efectos colaterales de un medicamento (u otro tratamiento): dolores, náuseas, fatiga, etc. Estos efectos colaterales pueden ser anunciados por el experimentador que administra el placebo, pero en nuestra práctica, lo más usual es que se produzcan como consecuencia de la lectura del prospecto de un medicamento prescripto por un profesional que no se ha tomado la molestia de realizar una adecuada psicoeducación con el paciente (2).

Otra óptica adecuada para visualizar este fenómeno la brinda el psicoanálisis, a través de la noción de transferencia. La transferencia es entendida como la función mediante la cual un sujeto transfiere inconscientemente y revive, en sus vínculos nuevos, sentimientos y expectativas infantiles reprimidos. Si la transferencia hacia el médico es positiva, se favorece el efecto placebo, pero también la dependencia del fármaco. Si hay transferencia negativa u hostil, el paciente rechazará la droga, ese objeto intermediario que se le ofrece, y habrá menor efecto placebo o incluso efecto nocebo. La palabra placebo se asemeja etimológicamente a otra tomada de la jerga diplomática: “placet” (“me complace”). Cuando el gobierno de un país recibe un embajador de otro, con el cual existe una buena relación, y por lo tanto el diplomático es bienvenido, le otorga el “placet”. Si el medicamento es un “embajador” del médico ante su paciente, si éste le concede el “placet” al fármaco, habrá efecto placebo.

Particularmente interesante es el aporte teórico de Dylan Evans. Este autor parte de la base que los síntomas más sensibles al placebo son el dolor, la inflamación, la fiebre, la depresión y la ansiedad. Esto, si bien no lo podemos dar por absolutamente demostrado, no aparece desmentido por los trabajos de Hróbjartsson y Gotzche. Son los fenómenos que se producen en la reacción inmunitaria inespecífica inmediata ante una

noxa, y desde el punto de vista adaptativo, sirven para contener el ataque mientras el sistema inmunitario toma su tiempo para identificar el antígeno y producir el correspondiente anticuerpo, o sea, la reacción inmunitaria específica. Pero la reacción inespecífica es muy costosa, y parece ser que, evolutivamente, los animales superiores y el hombre disponemos de recursos para atemperarla o suprimirla. Uno de ellos podría ser que la percepción de que algo o alguien actúa en nuestra ayuda puede ejercer una fuerza inhibitoria sobre dicha reacción, como si existiera el mensaje de que no es necesario un gran despliegue de recursos defensivos (9).

Si bien esta teoría no explica algunos fenómenos, como el ya mencionado efecto nocebo, es perfectamente compatible con las observaciones biológicas que se han hecho sobre el efecto placebo.

En concordancia con esta visión, el fenómeno clínico más estudiado en relación al efecto placebo es el dolor. Ya en 1978, Levine y cols. postulaban que la analgesia inducida por placebo, especialmente si el dolor está acompañado de estrés, es revertida total o parcialmente por la naloxona, lo que implicaría que el placebo activa endorfinas (17).

Estudios posteriores sugieren que el mecanismo es más complejo. La intervención del sistema opioide es más relevante cuando el paciente recibe estímulos que le despiertan una elevada expectativa. Cuando no, la prueba con naloxona tiene menos efectividad. En cambio, se ha probado la implicancia de otras sustancias no opioides, como la colesticquinina (5). Algunos estudios por imágenes tienden a ser confirmatorios. Por ejemplo, con resonancia magnética funcional, se ha visto que la administración de placebo en individuos con elevada expectativa de analgesia aparece asociada con reducción de la actividad de zonas como la corteza cingulada ventral anterior, la corteza insular y el tálamo, implicados en la respuesta al dolor y ricos en receptores opioides de tipo mu (26).

Otras prácticas utilizadas en el tratamiento del dolor también comprometen la actividad del sistema opioide, como la acupuntura, como desarrollan Aderson y Lundeberg (2), que sugieren la posibilidad de que actúe un mecanismo similar a la liberación de endorfinas activada por ejercicio físico. Pero faltan pruebas concluyentes, ya que se requiere que los estudios estén validados por controles contra placebo, y el placebo debe ser "acupuntura placebo", que, como hemos dicho, puede ser más potente que el placebo farmacológico. Pero el uso de este placebo, en el mejor de los casos, garantiza sólo un simple ciego, ya que quien lo practica sabe si está punzando los puntos específicos o no. Las evidencias disponibles todavía no nos permiten aseverar si la liberación de opioides se debe a esta técnica milenaria o al efecto placebo.

Se sabe, como se ha dicho, que la depresión es altamente respondedora al placebo. Los estudios controlados con antidepresivos arrojan, en el mejor de los casos, una respuesta modestamente mejor que el placebo, al menos en las primeras semanas. Un estu-

dio por Tomografía por Emisión de Positrones (PET), en el que se comparaban pacientes respondedores a la fluoxetina y al placebo, encontró alteraciones comunes en los dos grupos, como aumentos metabólicos en las cortezas prefrontal, parietal, cingulada posterior y la ínsula posterior, y disminuciones en la corteza cingulada subgenual, parahipocampo y tálamo. Privativos de los respondedores a la fluoxetina fueron ciertos cambios subcorticales y límbicos a nivel del tronco cerebral, estriado, ínsula anterior e hipocampo. Los autores sugieren que los primeros deberían ser una condición necesaria para todo tipo de mejoría clínica de una depresión (19).

Si así fuese, razona Benedetti, las imágenes de los pacientes mejorados con psicoterapia deberían ser similares, pero si se comparan imágenes de pacientes depresivos respondedores a la fluoxetina, al placebo farmacológico y a la psicoterapia cognitivo-conductual, en el último grupo se encuentran patrones diferentes, como disminución de la actividad en corteza dorsolateral y frontal medial y aumento en el hipocampo (6).

Esto confirma que es diferente la impronta cerebral de la expectativa pasiva que induce el placebo con respecto a los cambios que causa el aprendizaje activo que se da en el curso de una psicoterapia.

Por último, como la expectativa se asocia a mayor liberación de dopamina, como se observa en los adictos a drogas que esperan recibir una dosis inmediatamente, se ha observado una respuesta positiva en la enfermedad de Parkinson, tanto con placebos farmacológicos como con "falsas cirugías", aunque es de suponer que este efecto sea poco duradero (8).

Consideraciones finales

Aunque el efecto placebo sea un fenómeno elusivo para su medición y su explicación, su manifestación es un hecho incontestable para todo médico en la práctica cotidiana.

Su correlato biológico es desconocido, ya que no es posible que sea endorfinico en el dolor, serotoninérgico en la depresión y dopaminérgico en la enfermedad de Parkinson; sino que es de suponer que existe un mecanismo común subyacente a su manifestación en las diferentes patologías. En ese sentido, parece promisorio la hipótesis de Evans, que hace gravitar su producción en los fenómenos defensivos del organismo, y es así que el efecto placebo es más manifiesto cuando la "enfermedad" se produce más a expensas del comportamiento defensivo del organismo que a la acción directa de la noxa.

El marco conceptual desde el cual pretendemos comprender este fenómeno también puede hacer variar el sentido que le asignemos.

El idioma inglés tiene dos vocablos para designar el concepto de "enfermedad": "Illness" y "Disease". "Illness" es la construcción que hace el paciente de su padecimiento para hacerlo inteligible y comunicable; por ejemplo: estoy enfermo: tengo fiebre, falta de fuerza y tos. "Disease" es la construcción que efectúa el

médico, o la ciencia médica, para conceptualizar un diagnóstico y al cual dirigir el tratamiento apropiado. Por ejemplo "Usted tiene una gripe estacional, y el tratamiento correspondiente es un antipirético y un antihistamínico." Pero el placebo actúa sobre "Illness", no sobre "Disease", que a veces coincide, pero muchas otras veces no. Es posible que este sea uno de los motivos de las dificultades para evaluar este fenómeno.

En definitiva, el efecto placebo ha sido estudiado como comparador de drogas consideradas útiles y, cuando se lo utiliza con otros fines, mantiene aún sus connotaciones negativas. Resta profundizar su estudio

sistemático como verdadera herramienta terapéutica, ya que a menudo los clínicos lo empleamos sin saberlo en los diversos tratamientos que administramos, teniendo en cuenta que el efecto placebo parece estar en el mismo centro de la relación afectiva que se da entre el sufriente y la figura que se propone para asistirlo.

El autor declara no tener conflictos de intereses en relación al tema desarrollado ■

Referencias bibliográficas

1. Ader R. Conditioned immunopharmacological effects in animals: implications for a conditioning model of psychotherapy. En: White L, Tursky B y Schwartz G (eds.): *Placebo: Theory, research and mechanisms*. New York: Guilford Press; 1985. p. 306-323.
2. Andersson S, Lunderberg T. Acupuncture - From Empiricism to Science: Functional Background to Acupuncture Effects in Pain and Disease. *Medical Hypotheses* 1995; 45: 271-281.
3. Barsky A, Saintfort R, Roger M, Borus J. Nonspecific Medication Side Effects and the Nocebo Phenomenon. *JAMA* 2002; 287: 622-627.
4. Beecher H. The powerful placebo. *JAMA* 1955; 159: 1602-6.
5. Benedetti F, Amanzio M, Baldi S, et al. Inducing placebo respiratory depressant responses in humans via opioid receptors. *Eur J Neurosci* 1999; 11: 625-631.
6. Benedetti F, Mayberg H, Wager T, et al. Neurobiological Mechanisms of The Placebo Effect. *J Neurosci* 2005; 25 (45): 10390-10402.
7. Bügel P. The Many Meanings of Placebo. *Forsch Komplementarmed* 1998; 5 (Suppl S1): 23-30.
8. De la Fuente-Fernández R, Ruth T, Sossi V, et al. Expectation and Dopamine Release: Mechanism of the Placebo Effect in Parkinson's Disease. *Science* 2001; 293: 1164-1166.
9. Evans D. *Placebo*. 2nd ed. London, Oxford Univ. Press, 2004.
10. Fox M. Natural Course, Placebo effect and Sham Electroconvulsive Therapy. *J ECT* 2010; 26 (1): 76.
11. Frank S, Wilson R, Holloway R, et al Ethics of sham surgery: perspective of patients. *Mov Disord* 2008; 23 (1): 63-8.
12. Greene P, Wayne P, Kerr C, et al. The powerful placebo: Doubting the doubters. The doubters. *Advances in Mind-Body Medicine* 2001; 17: 298-307.
13. Hofmann S, Smits J. Cognitive-Behavioral Therapy for Adult Anxiety Disorders: A Meta-Analysis of Randomized Placebo-Controlled Trials. *J Clin Psychiatry* 2008; 69: 621-632.
14. Hróbjartsson A, Gotzsche P. Is the placebo powerless? *N Engl J Med* 2001; 344 (21): 1594-1602.
15. Hróbjartsson A, Gotzsche P. Is the placebo powerless? Update of a systematic review with 52 new randomized trials comparing placebo with no treatment. *J Int Med* 2004; 256: 91-100.
16. Kaptchuk T, Stason T, Davis R, et al. Sham device vs inert pill: randomised controlled trial of two placebo treatments *BMJ* 2006; 332: 391-397.
17. Levine J, Gordon N, Fields H. The mechanism of placebo analgesia. *Lancet* 1978; 2: 654-657.
18. Lind CK, Niemann K, Meissner K. Are Sham Acupuncture Interventions More Effective than (Other) Placebos? Re-Analysis of Data from the Cochrane Review on Placebo Effects. *Forsch Komplementarmed* 2010; 17: 259-264.
19. Mayberg H, Silva J, Brannan S et al The Functional Neuroanatomy of the Placebo Effect. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 728-737.
20. Musial F, Tao I, Dobas G. Ist die Analgetische Wirkung der Akupunktur ein Placeboeffekt? *Schmerz* 2009; 23: 341-346.
21. Schapira K, Mc Clelland H, Griffiths N, Newell D. Study on the effects of tablet colour in the treatment of anxiety states. *BMJ* 1970; 2: 446-449.
22. Shapiro A. The semantics of the placebo. En: Shapiro A, Shapiro E. *The powerful placebo: From Ancient Priest to Modern Physician*. London: Johns Hopkins; 1997. p. 28-42.
23. Smith M, Glass G. Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *Am Psychol* 1977; 32: 752-760.
24. Stewart-Williams S, Podd J. The Placebo Effect: Dissolving the Expectancy Versus Conditioning Debate. *Psychol Bull* 2004; 130 (2): 324-340.
25. Strupp H, Hadley S. Specific versus non-specific factors in psychotherapy. *Arch Gen Psychiatry* 1979; 36: 1125-1136.
26. Wager T, Rilling J, Smith G, et al. Placebo-induced changes in fMRI in the anticipation and experience of pain. *Science* 2004; 303: 1162-1167.
27. Wikinski S. ¿Qué sabemos acerca del mecanismo de acción del placebo? *Vertex* 2003; 14 (51): 59-64.
28. Zhang-Jin Zhang, Mai -Yong Chen, Ka-Chee Yip, et al. The effectiveness and safety of acupuncture therapy in depressive disorders: Systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* 2010; 124: 9-21.

La interconsulta y las actividades de enlace en el Hospital General: estrategias para su efectividad

Javier H. Fabrissin

Médico especialista en Psiquiatría
Vice-presidente del Capítulo de Interconsulta y Psiquiatría de Enlace (APSA)
Miembro del Capítulo de Psiquiatras en Formación (APSA)
E-mail: jfabrissin@gmail.com

I) Introducción

Desde que la psiquiatría fuera reconocida, o *historizada*, como especialidad médica, hito situado a comienzos de 1800 (1), debieron transcurrir más de cien años para que su ejercicio pasara de las puertas cerradas y lejanas de los manicomios a disponer de un lugar en los Hospitales Generales (HG). Durante el s. XIX eran escasos los HGs que contaban con servicios de psiquiatría (2), su establecimiento era menos un lineamiento programado que una eventualidad, y su actividad estaba dedicada al tratamiento de situaciones puntuales (intoxicaciones, cuadros de abstinencia, estados confusionales) (3). El ingreso sistemático de la práctica de la psiquiatría en los HGs y, a partir de esto, el desarrollo de la interconsulta, fue un fenómeno cuya expansión se situó en la primera mitad del siglo pasado (4).

Diversos factores favorecieron este pasaje al HG, pero fue decisivo el hecho de contar con las conceptualizaciones del psicoanálisis y la medicina psicosomática, ésta última con su concepción de los vínculos recíprocos entre la enfermedad somática y la psíquica (2). Dichas disciplinas, nacientes en los comienzos del siglo XX, permitieron incluir en la práctica psicopatológica hospitalaria situaciones que no implicaban una patología psiquiátrica propiamente dicha. Así, reacciones adaptativas de los pacientes a la enfermedad clínica, a la hospitalización o acto quirúrgico; los conflictos en la relación médico-paciente que comprometen el tratamiento; los efectos de la institución o del medio social sobre el paciente, la afectación del médico debido a la naturaleza de su trabajo, etc., pasaron a ser consideradas

Resumen

El objetivo de esta revisión es la búsqueda de factores que favorezcan el cumplimiento de las indicaciones dadas por un equipo de interconsulta y psiquiatría de enlace (ICyPE). Se menciona el desarrollo histórico de la interconsulta como sub-especialidad de la psiquiatría y su importancia en el marco del Hospital General (HG), señalando la baja frecuencia y lo tardíamente que se solicitan las interconsultas. Se formulan varias estrategias para un mejor funcionamiento de los equipos de ICyPE, tales como una mayor integración con los médicos y el personal de las salas no psiquiátricas del HG, el empleo de un lenguaje más comprensible, la identificación de pacientes por los cuales el pedido de interconsulta es más probable, y una optimización en la conformación del equipo de ICyPE. Finalmente, se enfatiza la importancia de las tareas de enlace como la función esencial y primordial del equipo de ICyPE.

Palabras clave: Interconsulta - Psiquiatría de enlace - Historia - Estrategias - Efectividad.

CONSULTATION-LIAISON ACTIVITIES IN GENERAL HOSPITAL: STRATEGIES TO IMPROVE THEIR EFFICACY

Summary

This review is aimed at identifying strategies that favor compliance with the indications provided by a consultation-liaison team (C-L team). A reference is made to the development of consultation liaison as a psychiatry sub-specialty to point out reasons that justify its relevance to the General Hospital (GH) setting. Attention is drawn to the few and late referrals to CLT teams despite the high prevalence of mental disorders among medical inpatients. We propose several strategies that could be useful for improving CLT team functioning: a better integration with physicians and personnel from non-psychiatric wards; use of a more comprehensible language; identification of patients whose characteristics make them more likely to be referred to a CLT team; and optimization of the CLT make-up. Lastly, we emphasize the great importance of liaison activities as the essential and paramount function of CL Teams.

Key words: Consultation-Liaison psychiatry - History - Strategies - Effectiveness.

circunstancias pasibles de ser abordadas por el psiquiatra (5). Paralelamente, surgen las primeras nociones de lo que posteriormente se formalizaría como *actividades de enlace*, y que inicialmente fueron asociadas al rol de la psiquiatría como un “*enlace (liaison) entre la medicina y los problemas sociales*” (Barrett, 1922) o como “*un agente de enlace [...] que unifica, clarifica y resuelve todo el conocimiento médico disponible*” (Pratt, 1926) (2). Adicionalmente, el interés puesto en la enseñanza y en la transmisión de conocimientos, en parte ligado a un intento por reducir el estigma hacia los síntomas mentales (2), otorgaron a estas tareas del interconsultor el perfil educativo del cual se nutren las actividades de enlace. De este modo, el psiquiatra no sólo reingresaba al ejido de la medicina sino que su función se diversificaba. Su práctica pasaba a incluir tanto al paciente aquejado de un problema psiquiátrico o de un malestar psíquico no necesariamente patológico, como a su familia o al personal hospitalario (6, 7).

Así, se irían delineando los roles del psiquiatra que trabaja en las salas del HG. Según Lipowski, éstos consisten en la *consulta* y el *enlace*. La consulta sería “*la opinión experta, diagnóstica, y de consejos en el manejo de la conducta de un paciente a requerimiento de otro profesional médico*” (8). Por su parte, el enlace radicaría en “[la] *interpretación y mediación, [en] mantener la comunicación y suprimir conflictos entre el paciente y los encargados de asistirlo*” (9). Según una definición más actual, las *actividades de enlace* comprenden el trabajo educacional, de investigación y clínico, llevado a cabo con el personal hospitalario, con el paciente y sus familiares, propiciando una facilitación en la comunicación y una mejora en la calidad de la atención (4, 10).

Si se vuelve a la definición de *consulta* referida anteriormente, se podrá apreciar que se trata de una conceptualización amplia, aplicable a cualquiera de las especialidades médicas que efectúe este tipo de tarea asistencial y que, de hecho, es lo que se suele denominar habitualmente como *interconsulta*. Hay aquí un solapamiento de términos. La palabra *interconsulta* no se suele utilizar en la literatura anglosajona, donde se emplea el vocablo *consulta (consultation)*. En nuestro uso local y corriente, la palabra *interconsulta* adquiere un significado que no distingue entre, por ejemplo, la intervención meramente asistencial de un endocrinólogo y la intervención de un especialista en salud mental (psicólogo o psiquiatra) cuando, sin responder de manera directa al pedido explícito, discierne la existencia de un problema latente, no explicitado en el pedido, o establece un diagnóstico situacional, sin realizar una asistencia propiamente dicha sobre el paciente. Desde una perspectiva psicoanalítica o psicodinámica, el interconsultor de psicopatología es llamado a operar cuando se produjo una fractura en la estructura del acto médico (11, 12). Por lo tanto, en tales circunstancias, *interconsulta* implica estar *entre* los diferentes actores (médicos, enfermeros, familia, pacientes, personal auxiliar, etc.), donde se cruzan las diferentes transferencias que se establecen en el ámbito de la salud (13), procurando establecer un diagnóstico situacional y distinguiendo la posible existencia de una demanda latente.

Consecuentemente, se podrían establecer tres términos, y funciones, complementarios: *consulta*, *interconsulta* y *enlace*. Con respecto a los dos primeros, le correspondería al

interconsultor determinar si su tarea se ajustará a la noción de la consulta o la interconsulta (13). Dicho de otro modo, deberá discriminar si las circunstancias sugieren aplicar un abordaje eminentemente técnico-asistencial (tratamiento de un episodio psicótico, de un síndrome confusional, etc.) o responder a una posible trama subyacente, latente, que se despliega detrás de ese pedido concreto. Se propugnaría que el especialista en salud mental pueda tener la capacidad de leer qué es lo que la situación requiere. El enlace exige un papel activo del profesional de psicopatología, *buscando* la emergencia de alguna situación que amerite su participación, operando con una lectura institucional y de prevención y promoción de la salud mental.

Estas disquisiciones, no obstante, reflejan cierta perspectiva local acerca de la interconsulta y no pretenden ser generalizables al resto de los países. Aunque puedan señalarse puntos de contacto (por ejemplo: sus bases teóricas) entre el modo en que se desarrolló y perfiló la interconsulta en los diferentes países, cada uno de ellos siguió su propio derrotero. En los EE.UU., posiblemente el país donde más tempranamente progresaron la inserción del psiquiatra en el HG y la interconsulta (2), su desarrollo fue favorecido por importantes inversiones económicas para la creación de servicios de psiquiatría en los hospitales generales, priorizando esta especialidad por encima de los demás miembros del equipo de Salud Mental. En Italia, el auge de la interconsulta se consolida recién a partir del año 1978, con la Ley 180 (14, 15); en Dinamarca, la interconsulta tuvo un enfoque sensiblemente diferente, ya que provino principalmente de la psiquiatría social (16); en el Reino Unido, las Guerras Mundiales fueron determinantes para que el psiquiatra tuviera su lugar en el HG (4); en Alemania, la teoría que sustentó la interconsulta se siguió basando en la medicina psicosomática (5, 10).

Por su parte, en Argentina, la interconsulta comienza a instalarse en la década del '60. De forma más o menos simultánea, psiquiatras con formación psicoanalítica, el Dr. Krapf, en el Hospital Británico, el Dr. Insúa, en el Hospital Nacional de Clínicas, y el Dr. Goldemberg, en el Policlínico Aráoz Alfaro, impulsan la institución de servicios de psiquiatría en dichos HGs y, gradualmente, la puesta en marcha de equipos de interconsulta (17, 18), destacándose la creación del Departamento de Interconsulta, alrededor del año 1962 (19) en el mencionado Policlínico. Su seminal propuesta se fundamentó en la teoría psicoanalítica como método de comprensión de las dificultades suscitadas en el acto médico (12), poniendo el acento en sus aspectos subjetivos y procurando comprender las intersecciones transferenciales y contratransferenciales.

Esta impronta originaria, esa práctica con la huella del psicoanálisis, y se debería agregar del análisis institucional, continúa en la actualidad, y marca cierto distanciamiento de los lineamientos que la interconsulta fue tomando a nivel internacional, ya que esta última se asentó más en las nociones de la medicina psicosomática (5), en la psiquiatría social (16), en la psiquiatría biológica (20), otorgándole más preeminencia al lugar del psiquiatra por encima de los demás integrantes del equipo psicopatológico (los nombres que se emplean para su denominación en la literatura foránea dan cuenta de ello: medicina o psiquiatría psicosomática, inter-

consulta psiquiátrica, interconsulta médico-psicológica, psiquiatría de enlace, consulta psiquiátrica, psiquiatría médico-quirúrgica).

Sea como sea, aunque la interconsulta psicopatológica lleve más de un siglo de desarrollo, continúa signada por viejos lastres. Como se verá a continuación, la dimensión del padecimiento psíquico del paciente internado en los HGs no siempre es reconocida por el personal de la sala, a menudo la labor del interconsultor es resistida, su participación es requerida tardíamente o en situaciones de evidente urgencia. Inversamente, no todos los servicios de psicopatología de los HGs cuentan con un equipo de interconsulta operativamente organizado y el interconsultor de Salud Mental no siempre logra posicionarse armónicamente en el contexto hospitalario ni operar de forma que a la institución le resulte eficiente (14).

La presente revisión se centrará primordialmente en la interconsulta psiquiátrica. Se abordarán aquellos factores que justifican su práctica en el HG, cuáles son los obstáculos con que se enfrenta y de qué manera se podría incrementar la efectividad de las intervenciones indicadas por el interconsultor. Aunque se corre el riesgo de soslayar, precisamente, los resaltados aspectos subjetivos de la interconsulta, en este caso se aportará un enfoque basado en datos estadísticos. No es la intención sucumbir ante un reduccionismo de la salud mental. Aún si se considera que el modelo ideal de la interconsulta debería ser una *asistencia discriminada* (21), es decir, el abordaje de una situación clínica, que partiendo de un análisis situacional específico, se centre en la singularidad del paciente y establezca la práctica más conveniente (sea tratamiento individual, familiar, reuniones con los médicos tratantes, derivación a trabajo social, etc.) los datos estadísticos, por más *fríos* que resulten, tienen su razón de ser. Se los puede considerar como puntos de referencia que sugieren, que orientan, que alertan, que ofrecen un punto de vista sobre el cual se podrá poner el foco del caso individual.

II) ¿Por qué es necesario un equipo de interconsulta y psiquiatría de enlace en un Hospital General?

Prevalencia enfermedad psiquiátrica en pacientes internados en Hospitales Generales

La principal razón que respalda la importancia de un equipo de interconsulta y psiquiatría de enlace (ICyPE) en un HG tiene que ver con la prevalencia de los trastornos psiquiátricos en los pacientes internados en los HGs (22).

Desde hace tiempo se acepta que la patología clínica es un factor de riesgo para el desarrollo de un cuadro psiquiátrico. Silverstone y cols. aplicaron un cuestionario semiestructurado para evaluar prevalencia de trastornos psiquiátricos en 313 pacientes admitidos consecutivamente durante 4 semanas en un HG de Oxford (23). El 27,2% de los pacientes presentó un cuadro psiquiátrico, siendo el Trastorno Depresivo Mayor el diagnóstico más prevalente (5,1% versus 2,3% de prevalencia en la población general). Los Trastornos de Ansiedad tuvieron una prevalencia del 6,5%, comparable a la de la población general, mientras que el Trastorno Adaptativo con ánimo ansioso presentó

un 10,1% de prevalencia. Finalmente, los trastornos relacionados con el consumo de alcohol fueron detectados en el 5,1% de los pacientes (3,3% de prevalencia en la población general).

Otro estudio, más reciente, realizado en Dinamarca sobre 294 pacientes internados en un HG, detectó que la prevalencia de trastornos psiquiátricos osciló entre el 15 y el 75%, cuya amplia variación respondía a las diferencias étnicas, siendo los pacientes más jóvenes y las mujeres quienes presentaban mayor prevalencia de patología mental (24). Bourgeois y cols. (25) evaluaron las sucesivas derivaciones a psiquiatría en un Hospital General en los EEUU. Sobre 901 pacientes admitidos, los diagnósticos más prevalentes, de acuerdo al DSM IV-TR, correspondieron en un 40,7% a Trastornos del Estado del Ánimo y, en segundo término, los Trastornos Cognitivos (incluyendo Delirium) con un 32%.

En general, la mayoría de los trabajos resaltan la alta comorbilidad con trastornos depresivos en los pacientes internados en los HGs, con valores que oscilan entre el 16 y el 43% (23, 26-30). Llamativamente, tanto en el estudio de Bourgeois como en el de Silverstone, los trastornos de ansiedad tuvieron una baja prevalencia. Sin embargo, varios estudios evaluaron la presencia de ansiedad en proporciones mayores, por encima del 15%, y hasta el 30% o más, variando en función del cuadro clínico de base (24, 31-34). La prevalencia de los trastornos de ansiedad y depresivos en los pacientes internados, a su vez, depende considerablemente de la patología clínica. Así, en los pacientes con enfermedad cardiovascular o con problemas neurológicos, la comorbilidad con enfermedad psiquiátrica puede ser aún mayor (35). Por otra parte, algunos estudios encontraron que la gravedad de la patología clínica influye en el desarrollo de un cuadro psiquiátrico (23), sin embargo, no todos los trabajos corroboraron este hallazgo (36, 37).

Consecuencias de la enfermedad psiquiátrica

Independientemente de las razones que podrían explicar esta mayor comorbilidad (ver Cuadro 1), una de sus consecuencias más patentes es una peor evolución a la enfermedad clínica. En efecto, la coexistencia de ambas patologías se asocia a mayores tiempos de internación (30, 38), a un aumento en el número de rehospitalizaciones, a mayor incapacidad funcional y mayor morbimortalidad (39, 40). Además, desde una perspectiva económica, la comorbilidad incrementa los costos del tratamiento durante la internación pero también los asociados al tratamiento una vez el paciente es dado de alta (41, 42).

III) El panorama estadístico: el lugar secundario de la Interconsulta y la Psiquiatría de Enlace

Aunque el potencial rol y utilidad de la ICyPE parece disponer de una sólida base para reclamar su lugar dentro del HG, los datos que aportan algunas investigaciones en las que se consideran diferentes variables asociadas al funcionamiento de los servicios de ICyPE, no reflejan este pretendida relevancia. Veremos algunos ejemplos:

- *Bajos índices de derivación.* Si se asume que la patología psiquiátrica es común en los pacientes internados en HGs (recordemos: hasta el 46%) y que esa comorbilidad

Cuadro 1. Asociación entre patología clínica y patología mental (Hansen y cols. 2001).

- Reacción afectiva al estrés provocado por la enfermedad clínica, por el padecimiento de una enfermedad terminal o por la severidad de los síntomas clínicos.
- Menor umbral de tolerancia o mayor percepción de la enfermedad clínica por parte de los pacientes con patología psiquiátrica, con una mayor consulta.
- Presentación de los trastornos ansiosos o depresivos con síntomas somáticos.
- Factores etiológicos o de riesgo en común (vg.: diabetes secundaria al uso de antipsicóticos, síntomas psiquiátricos por el uso de corticoides).
- Mayor probabilidad de derivación a un especialista en pacientes con dos patologías comórbidas.

aporta complicaciones adicionales, se esperaría que los pedidos de Interconsulta tiendan a ir, más o menos, en relación con ello. Sin embargo, los índices de derivación (es decir, los pedidos de intervención del profesional de salud mental) son mucho menores de lo esperable. En un importante estudio del año 2001, que involucró a 56 hospitales generales de 11 países europeos, y que evaluó a 10.560 pacientes internados por causa no psiquiátrica a lo largo de un año, reveló que sólo para el 1,4% del total de estos pacientes se solicitó la interconsulta con el equipo de ICyPE (35). En otro estudio similar, realizado en un único centro de los EEUU a lo largo de un año, el porcentaje de derivación fue del 4.2% (901 pedidos de interconsulta psiquiátrica para un total de 21.164 pacientes internados (25). Este porcentaje de pedidos de interconsulta para los pacientes internados por causas clínicas no sólo es relativamente bajo, sino que en estudios que comparan las variaciones en los porcentajes de derivación al equipo de ICyPE a lo largo de los años, este índice se mantiene estable (43, 44).

- *Baja sensibilidad y alta especificidad.* Una posible explicación para lo anterior podría ser la dificultad de los médicos no psiquiatras para reconocer el padecimiento mental y emocional primario o secundario a los procesos vinculados con la internación del paciente, quizás debido a una formación deficitaria durante la carrera de grado sobre temas relacionados con la salud mental. Sin embargo, los estudios muestran un perfil de derivación muy típico, caracterizado por una alta especificidad. Dicho de otro modo, los pacientes por los cuales se solicitó la interconsulta muy probablemente presentaron un diagnóstico psiquiátrico. En uno de los estudios ya mencionados, Bourgeois y cols. efectúan una extensa revisión, que incluye 19 estudios, englobando más de 20.000 pacientes, y encuentran que, en promedio, en más del 85% de los casos, se realizó, al menos, un diagnóstico psiquiátrico (25). Estos datos estarían sugiriendo, por un lado, que la gran mayoría de los pacientes internados que presentan síntomas mentales, no son derivados, ya sea porque no detectan la patología mental o porque no la consideran relevante. Por otra parte, indica que los pacientes que sí son derivados, probablemente presentan algunas características inconfundibles o ineludibles para el médico no psiquiatra que obligan a su derivación.

- *Enfermería diagnóstica mejor.* En 1996 Silverstone publicó un artículo en el que, entre otros aspectos, evaluó si el personal médico o de enfermería habían detectado la presencia de patología psiquiátrica en pacientes internados en un HG de agudos (23). Los resultados indican que mientras que enfermería identificó la presencia de patología psiquiátrica en el 72% de los pacientes que, posteriormente, fueron diagnosticados con algún trastorno psiquiátrico por parte del especialista, sólo el 50% de los pacientes fueron identificados por los médicos. Este índice diagnóstico, incluso, decreció cuando se excluyó a los pacientes que fueran diagnosticados de Trastorno Mental de Causa Orgánica, pasando de ser del 61% para enfermería versus 41% para los médicos.

- *Derivaciones tardías.* También se pudo observar que los médicos no psiquiatras efectúan las derivaciones tardíamente. En un estudio realizado en Brasil (45), el tiempo promedio hasta que se pidió la interconsulta fue de 13 días. De igual manera, otro estudio que comparó los cambios en la atención por parte de un equipo de ICyPE en un Hospital de Nueva York a lo largo de 10 años, estimó que el tiempo hasta la derivación (lag time) se redujo de 10 días en 1988 a 7,8 días en 1997 (44). En el trabajo de Huyse y cols., el tiempo promedio que transcurrió entre el ingreso de un paciente en la internación y la solicitud de la interconsulta fue de 8,7 días (46). Lo remarcable es que este plazo fue igual al promedio de días que permanecieron internados los pacientes que no requirieron la intervención del equipo de psiquiatría.

La demora en los tiempos para pedir la interconsulta podría sugerir que las manifestaciones psiquiátricas se producen por primera vez durante la internación, que los problemas asociados a la enfermedad mental se vuelven una complicación a la hora de pensar la externación del paciente, o que la salud mental sigue ocupando un lugar marginal para el resto de las especialidades médicas.

- *El estigma.* El estigma asociado con la enfermedad psiquiátrica, o con los psiquiatras, tanto del personal de la sala (incluyendo al médico) como del propio paciente, es otra posible causa para esta baja derivación (6, 47-50). Distintas atribuciones se han realizado para explicarlo. Según un trabajo que abordó este tema desde un punto de vista cualitativo, las creencias y/o prejuicios asociados con la derivación a psiquiatría eran compartidos tanto

por el médico como por el paciente. Estas creencias incluyeron el miedo a la enfermedad mental y que ésta resulta una patología enigmática, impredecible y emocionalmente demandante. Desde el punto de vista del paciente, ser derivado al psiquiatra fue interpretado como que el médico tratante descrea de sus síntomas (“no estar genuinamente enfermo”) o que “ya no saben qué hacer con él” (51). Un metaanálisis del 2009, que evaluó 37 estudios publicados que comparaban la calidad de la atención recibida en los pacientes con enfermedad psiquiátrica versus pacientes sin tal comorbilidad, observa que el primer grupo obtendría una atención médica de menor calidad (52).

- *Bajo cumplimiento de las indicaciones.* La palabra concordancia hace referencia al cumplimiento, por parte del médico que solicitó la interconsulta, de las indicaciones efectuadas por el interconsultor (53). Algunas investigaciones que se ocuparon de este tema, encontraron que cuando el psiquiatra interconsultor realiza una indicación psicofarmacológica, los índices de concordancia oscilan entre el 86% (54) y el 68% (55). Aún más interesante resulta un trabajo que comparó el grado de concordancia entre las indicaciones psiquiátricas y las cardiológicas (56). De acuerdo al mismo, las indicaciones farmacológicas por parte de los cardiólogos obtuvieron un mayor índice de concordancia que las dadas por los psiquiatras.

En conclusión, se piden menos interconsultas de lo que se esperaría, se lo hace tardíamente y no siempre se cumple con las indicaciones dadas por el interconsultor psiquiatra. Tales postulados, no obstante, serían objetados por un estudio chileno en el que se evalúa cuál es la percepción de los médicos no psiquiatras acerca de la influencia de los factores psicosociales en las patologías clínicas de los pacientes internados (57). La casi totalidad de los encuestados (99,5%) consideró que los factores sociales y emocionales tienen un rol importante en su práctica, la gran mayoría (87,3%) que dichos factores influyen en la evolución del cuadro clínico, pero, curiosamente, un 20% consideró que un equipo de ICyPE no es indispensable.

IV) ¿Cómo mejorar la efectividad de la Interconsulta y la Psiquiatría de Enlace?

En función del panorama que se acaba de esbozar y que, basado en la recopilación de datos estadísticos, podrá coincidir en mayor o menor medida con la experiencia clínica de cada uno en su lugar de trabajo, se apuntarán

algunos factores que podrían optimizar el rol de la ICyPE.

a) *Factores relacionados con el paciente de la interconsulta:* existen varias características del paciente por el cual se solicita la interconsulta que tienden a repetirse en la mayoría de los estudios.

- *Diagnóstico psiquiátrico.* En alguna medida, los diagnósticos psiquiátricos más comunes entre los pacientes ingresados en las salas de los HGs se corresponden con la prevalencia de los mismos en la población general: Trastornos Depresivos, Trastornos Mentales Orgánicos y Trastornos por consumo de sustancias (23, 25, 43, 44, 46). (ver Cuadro 2).

En este punto, conviene hacer una digresión de relevancia. Estas estadísticas dan cuenta del diagnóstico psiquiátrico efectuado por el profesional de salud mental. Por consiguiente, varios contextos clínicos que motivan el pedido de interconsulta (intentos de suicidio, problemas en la relación médico-paciente, evaluación de medicación psicofarmacológica, conflictos familiares, etc.) no son catalogados como tales. Sólo en la medida en que se pueda realizar un diagnóstico estandarizado, dicha circunstancias serán incluidas en estos porcentajes, aunque, claro está, bajo otra denominación. Indudablemente, se trata de una limitación importante de este tipo de estudios, ya que camufla o soslaya situaciones típicas de la interconsulta.

A este respecto, se puede mencionar un trabajo realizado en el Hospital Interzonal de Agudos “General San Martín” de La Plata (Bs. As.) (58). Se examinaron las derivaciones al equipo de interconsulta realizadas durante un año, agrupándose los pacientes en 5 categorías: 1) Delirium, demencia y deterioro cognitivo, 2) Intentos de Suicidio, 3) Solicitudes de evaluación y apoyo psicoterapéutico (vinculadas a la relación médico-paciente, conflictos familiares, ocasionados por el proceso de enfermar, desequilibrios emocionales ligados a la irrupción de la enfermedad, inadaptación a la internación, etc.), 4) Otras patologías psiquiátricas (resto de las patologías psiquiátricas del Eje 1 y 2 del DSM IV, 5) Abusos de sustancias. Del total de 407 pacientes, los porcentajes se agruparon en las siguientes categorías: 37% Otras patologías, 23% Evaluación y Apoyo, 20% Delirium, 14% Abuso de Sustancias y 6% Intento de Suicidio. Si bien el estudio adolece de algunas fallas metodológicas, es posible apreciar la alta frecuencia con que el interconsultor es llamado por circunstancias que no involucran un cuadro

Cuadro 2. Diagnósticos psiquiátricos en pacientes internados en salas de Hospitales Generales.

Bourgeois y cols., 2005 (n= 901, criterios DSM-IV)	Huysse y cols., 2001 (n=12.279, criterios CIE-10)
-Trastornos del Estado de Ánimo: 35,4%	-Trastornos del Estado de Ánimo: 18,7%
-Trastornos Cognitivos: 20,1%	-Trastornos mentales orgánicos: 17,7%
(Delirium: 12,7%, Demencia: 6,0%)	-Trastornos por abuso de sustancias: 13,3%
-Trastornos por uso de Sustancias: 10,2%	

psiquiátrico propiamente dicho.

-*Diagnóstico de la situación general del paciente.* Existe una mayor probabilidad de que se pida la IC si existe una complejidad desde el punto de vista de la enfermedad clínica

de base y/o de las variables psicosociales (25, 35, 59). La complejidad agrupa una suma de variables que incluyen:

-El estado clínico general: pacientes añosos, con problemas neurocognitivos y que padecen una enfermedad

terminal serán más proclives a necesitar la atención psiquiátrica (24, 35, 59, 60).

-El diagnóstico psiquiátrico: vinculado con lo anterior, los problemas cognitivos (ya sea en la forma de demencia o confusión), así como los trastornos depresivos, ocupan un lugar primordial dentro de las causas por las cuales se solicitan las IC a salud mental (25, 46) y tienden a mantenerse a lo largo de los años (44, 59). Con respecto a los trastornos cognitivos, valores bajos en el Mini-Mental Test Examination permiten predecir algunas variables tales como la duración de la internación (61), y acentúa la importancia de la psicogeriatría como una sub-especialidad o una materia de relevancia en la formación del equipo de ICyPE (44).

-Variables psicosociales: el desempleo, la pobreza, la falta de cobertura médica, los problemas en el grupo primario de apoyo, el estado civil (solteros, divorciados y viudos), son las principales características sociales que se relacionaron con la necesidad de la interconsulta (43).

b) *Factores relacionados con el equipo*: en varios artículos se hace notar que los Servicios de ICyPE fueron creciendo menos como consecuencia de una planificación o necesidad institucional que a causa de esfuerzos e intereses individuales (6, 10). Un efecto de ello es que el staff de estos equipos de ICyPE se componga con profesionales no suficientemente formados. El estudio multicéntrico (46) que involucró 56 servicios de psiquiatría de enlace de países europeos detectó que, en promedio, sólo un tercio del personal de los equipos de ICyPE tenían más de tres años de experiencia, con una tendencia a tener una alta rotación, es decir, a permanecer poco tiempo en dichos equipos. Asimismo, se evaluó que, a menudo, se carece de consensos que orienten la práctica, y que ésta se basa más en la formación teórica del profesional de turno que en protocolos según el diagnóstico del paciente o en la aplicación de lineamientos acordados previamente (20).

-Formación del Interconsultor: teniendo en cuenta lo dicho sobre las características del paciente derivado, es entendible la importancia que tiene una adecuada formación en el diagnóstico de la enfermedad clínica (6, 46), por lo menos no perder el contacto con las patologías de la medicina general. Este posicionamiento en relación a la práctica psiquiátrica debe ser enfatizado en el entrenamiento de los profesionales dedicados a la realización de la interconsulta. Adquiere una especial significación la formación en algunos cuadros específicos, tales como la psicogeriatría (44) y el diagnóstico y evaluación de los Trastornos Somatomorfos (62). El primero debido a la estrecha relación existente entre las descompensaciones clínicas y los síntomas psiquiátricos (por ej.: síndrome confusional); el segundo, debido a que exige el trabajo conjunto para dirimir la filiación de los síntomas somáticos que un paciente puede presentar. El rol del psiquiatra en este caso puede reducir los tiempos y los costos asociados a estudios diagnósticos innecesarios (62-66).

La reducción de costos también se puede apreciar en función de las indicaciones que realiza el interconsultor. Un ejemplo de ello aparece en un estudio de Jin y cols. Los autores comparan la frecuencia con que se recomienda una medida terapéutica, *la observación constante del paciente*, por parte de residentes poco entrenados en IC contra residentes con un mayor nivel de formación (67). Los investiga-

dores encuentran que los residentes con menor formación emplean este recurso con mayor frecuencia, fundamentalmente debido a una menor confianza y pericia en el manejo de pacientes graves y de alto riesgo (la observación constante consiste en la permanencia de personal de enfermería junto a pacientes con ideación suicida, descompensación psicótica, agitación, etc.). La disminución de la indicación de observación constante reduce costos pero, además, da cuenta de un manejo del paciente más efectivo por medios no restrictivos. Adicionalmente, el hecho de que sean residentes quienes formen parte de las atenciones de la IC, incide negativamente en la visión que las especialidades no psiquiátricas tienen acerca del equipo de ICyPE. En efecto, se ha vinculado la IC realizada por residentes con una menor aceptación de las indicaciones (20, 68), sugiriéndose que la tarea del residente debería estar acompañada y/o supervisada de manera continua por psiquiatras de planta (69).

-Conformación del Equipo: existe un consenso con respecto a ciertas características ideales del equipo de interconsulta. Dicha conformación respondería a las necesidades y realidades que se vienen enumerando. Dos de las principales Guías Clínicas sobre Interconsulta psiquiátrica (68, 69), así como artículos de expertos en el campo (6, 46) tienden a coincidir sobre el modo en que estos equipos deberían estructurarse de la siguiente manera: -Equipo Multidisciplinario: Psiquiatras, Psicólogos, Trabajadores Sociales

-Disponer de una secretaria

-2 ó más médicos de planta

-Residentes de 4to. Año (en el caso de tratarse de Residentes de Año inferiores con supervisión diaria de médico de planta)

-Disponibilidad de 24hs.

-Realización de, por lo menos, 2 seguimientos del paciente

-Realizar las consultas tan pronto cuando se pueda

-Indicaciones "pragmáticas", escribiendo las indicaciones en la Historia Clínica, en la Hoja de Enfermería y en las notas para el alta (*discharge letter*).

Este último punto, el de las indicaciones escritas, es un detalle de relevancia mayúscula, ya que se admite como el principal factor que asegura el cumplimiento de las indicaciones. No sólo de las consultas psiquiátricas sino de las interconsultas realizadas por cualquier especialidad (66).

-Actividades del Equipo: finalmente, lo que termina definiendo la adecuada articulación de un equipo de ICyPE psiquiátrico, tanto desde su funcionamiento interno como desde su efectividad para con el Hospital General son las actividades de enlace (*liaison*). Los aspectos que se han ido reseñando abogan por que los interconsultores fomenten las tareas de enlace ya que serían éstas las que permitirían incrementar su efectividad, promoviendo un mayor número de derivaciones por parte de los médicos de las demás especialidades, así como a un mayor cumplimiento y mayor satisfacción con las indicaciones (68, 70). Se recordará que una definición de lo que implican las tareas de enlace consiste en la realización de actividades diagnósticas, terapéuticas y de docencia e investigación en áreas no psiquiátricas. Esta definición supone que la práctica de la interconsulta debería incluir un acercamiento del equipo de Salud Mental a las demás especialidades

en una búsqueda por derribar posibles mitos y prejuicios que se puedan tener sobre los padecimientos mentales, los psiquiatras o los psicólogos. También debería procurarse que su práctica se integre como una especialidad a la altura de cualquier otra, con sus fundamentos teóricos, clínicos y terapéuticos, y transmitiendo una concepción más global sobre el proceso de la enfermedad, que tenga en cuenta los aspectos biopsicosociales del paciente. En la labor cotidiana, queda claro que cuanto mayor es la cercanía entre el equipo de ICyPE y el servicio para el cual se solicita su accionar, es más precoz y mayor el número de pedidos de IC, así como mejor el trabajo conjunto. Cuando la tarea en colaboración resulta más fructífera, permite otras acciones, tales como intervenir sobre el cuerpo de profesionales. Los grupos de reflexión o los grupos Balint, conformados por profesionales de la institución, son dispositivos que permiten elaborar las dificultades inherentes a la práctica asistencial, analizar el impacto contratransferencial que produce el encuentro con el paciente, trabajar sobre el vínculo médico-paciente, etc. (71). Consiste en un aporte fértil que puede ofrecer la interconsulta pero que suele ser bastante resistido o no tenido en cuenta.

De ahí que varios autores toman como ejemplo la estrategia de funcionamiento de los equipos de psicopatología infantiles, por cuanto en éstos la integración y el contacto estrecho de los trabajadores de la Salud Mental con los pediatras está mucho mejor establecido (72). Otros autores, quizás con una posición más controvertida, y por ello interesantes, manifiestan que la psiquiatría de enlace debería actuar menos bajo las premisas del rol de médico, evaluando y tratando pacientes, y convertirse en una suerte de gestor, de *manager* del sistema hospitalario (73). Desde luego, esta postura extrema el concepto del enlace, pero no deja de ser demostrativa del reconocimiento del rol del enlace por encima de la consulta. Incluso podría considerarse cercana a la idea que proponen Ferrari y cols., quienes con un enfoque institucional ligan el funcionamiento de la interconsulta con la parte administrativa y organizativa del hospital (74).

En resumen, el modo de trabajo del equipo de ICyPE debería ser activo, no esperar que el paciente sea derivado por una eventualidad aguda o cuando está por ser externado y no se consigue hacerlo por circunstancias psíquicas o sociales. Las tareas de enlace posibilitan anticipar y, sin que necesariamente implique prevención, destinar una mayor atención a aquellos pacientes o situaciones potencialmente conflictivas, antes de que se presenten las dificultades o las urgencias. Para ello se debería trabajar en los servicios, junto con el especialista correspondiente para identificar precozmente al paciente que se pueda beneficiar de la atención psicopatológica, procurando establecer un vínculo de confianza y colaboración. En tal caso, es indudable que la comunicación, especialmente el modo de transmitir la información, debe aspirar a emitir consignas claras, prácticas, y dejando por escrito todo lo actuado.

c) *Factores relacionados con el alta del paciente:* la interconsulta es, a menudo, el primer encuentro de los pacientes con la atención psicopatológica, la cual, en los casos que lo amerite, debería continuarse luego del alta. Rigatelli y cols. encuentran que alrededor del 60% de los

pacientes derivados al equipo de ICyPE tuvieron contacto por primera vez con algún miembro del equipo de psicopatología (75). En el estudio de Huyse y cols., sólo el 15% de los pacientes derivados al equipo de ICyPE habían realizado una consulta psiquiátrica en los 5 años previos (46).

Se sabe que las personas con padecimientos mentales consultan en menor proporción que la esperada. Una Encuesta Nacional sobre salud mental efectuada en Australia reveló que, para una prevalencia anual de trastornos mentales en la población general del 14%, sólo el 35% realizó una consulta (76) por sus síntomas psiquiátricos durante ese periodo. Paralelamente, muchos pacientes realizan consultas con otros especialistas antes que con un miembro del equipo de Salud Mental por síntomas psiquiátricos que se atribuyen a problemas de otra índole (77). En otros casos, los pacientes asisten a un medio clínico por síntomas distintos al de su patología psiquiátrica, tal como se observa en el estudio de Huyse, en el que el 60% habían sido internados en el HG en los 5 años previos a la derivación psiquiátrica (46).

La derivación a psiquiatría en el marco del HG es una vía regia de entrada para recibir atención por parte del equipo de Salud Mental. A su vez, la mayoría de los pacientes vistos por el equipo de ICyPE necesitarán continuar su atención psicopatológica (75). Así, las medidas tendientes a incrementar la adhesión posterior al alta adquieren relevancia. En tal sentido, hay varios elementos que puede servir de guía para facilitar, mejorar o trabajar la continuidad del tratamiento psiquiátricos por consultorios externos.

Los factores asociados a la no adherencia son numerosos y, como es habitual, varían de acuerdo a los diferentes trabajos publicados. Un seguimiento de tres meses de pacientes ingresados en un Departamento de Urgencias de un HG por los cuales se solicitó la interconsulta con el equipo de ICyPE y a los cuales se les indicó continuidad de tratamiento por consultorios externos de salud mental, reveló que sólo el 56% de ellos siguió esta indicación (78). El único factor estadísticamente significativo asociado con la adherencia a dicha indicación fue el estar familiarizado previamente con el servicio de psiquiatría. En cuanto a pacientes internados en salas de psiquiatría que son dados de alta y que luego no cumplieron con el tratamiento ambulatorio indicado, se constató que tuvieron una mayor probabilidad de recaídas y reingreso hospitalario (79-81). Para el caso de los pacientes con síntomas mentales externados de salas de psiquiátricas, es posible suponer que la no continuidad del tratamiento tuviera semejantes efectos.

Dentro de los factores que predicen una baja adherencia a la continuidad del tratamiento y al seguimiento de las indicaciones dadas por el equipo de ICyPE podemos mencionar:

- *El tipo de indicación:* en términos generales, cuando las indicaciones terapéuticas brindadas por el equipo de ICyPE incluyen la toma de psicofármacos, los pacientes son más proclives a respetarlas (82) que cuando se sugirió otra modalidad terapéutica, como la psicoterapia.

- *La satisfacción con el pedido de IC:* el acuerdo del paciente con que el médico del servicio correspondiente haya indicado la evaluación por parte del equipo de ICyPE aumenta el cumplimiento con las indicaciones del equipo e incrementa las chances de que siga el tratamiento ambulatoriamente (75).

- *Características del paciente*: la presencia de problemas en el grupo primario, relacionados con la falta de apoyo familiar, así como el hecho de que haya sido el propio paciente quien solicitara el alta (es decir: alta voluntaria o contra opinión médica) fueron factores que se vincularon con una menor adherencia a las indicaciones (78, 83).

- *Factores institucionales*: cuanto mayor es el plazo entre el alta del HG y el turno de la entrevista ambulatoria en un servicio de Salud Mental, más probable es que el paciente no respete la cita acordada. De igual manera, que el paciente sea externado sin un turno previo para consultorios externos (o la modalidad de tratamiento convenida), tiene el mismo efecto (80, 84).

En la misma línea, pero en sentido inverso, existen una serie de factores que se han asociado a una mejor adherencia a las indicaciones y, específicamente, a la continuidad del tratamiento ambulatorio:

- *Trabajar el alta durante la internación*: es importante que se adopten medidas activas que favorezcan la inserción del paciente en el servicio de Salud Mental donde continuaría el tratamiento. Obtener un turno previamente, establecer contacto con el profesional que seguirá su tratamiento, involucrar a la familia del paciente en el contexto terapéutico, así como el conocimiento del lugar en que este tratamiento se llevará a cabo, son algunos de los recaudos que se pueden tomar para incrementar la adherencia (75, 84).

- *Nota psiquiátrica*: un recurso ampliamente utilizado en varios países es la llamada *nota psiquiátrica (psychiatric letter)*. Ésta consiste en una devolución escrita dirigida al médico solicitante de la IC, redactada por el interconsultor, y que incluye la información acerca de lo actuado (diagnóstico, recomendaciones, tratamiento, etc.), que luego se adjunta a la historia clínica. Una vez que el paciente es dado de alta, la nota psiquiátrica se incluye en la epicrisis para que sea presentada al profesional que seguirá su tratamiento ambulatoriamente. Esta modalidad de comunicación fue el factor que más se asoció con la adherencia del paciente a las indicaciones dadas por el interconsultor (68, 75, 85, 86).

- *Otras*: existen numerosas estrategias que se han propuesto para incrementar el cumplimiento de las indicaciones, especialmente si se tiene en cuenta que los pacientes derivados a servicios de Salud Mental tienen una menor adherencia que los derivados a otras especialidades (87). Algunas de las tácticas adicionales serían alentar a que los médicos tratantes expliquen a los pacientes las razones por las cuales deben continuar con el tratamiento psiquiátrico, brindar la alternativa de turnos vespertinos, ofrecer una visita al hogar del paciente en caso que no se encuentre en condiciones de asistir, llamar por teléfono el día previo al turno programado (81). Finalmente, es necesario poner el acento en la importancia de trabajar con la familia o el entorno del paciente ya que es una rúbrica indeleble de las tareas de enlace.

V) Utilidad de la interconsulta y la psiquiatría de enlace

Los artículos reseñados sustentan la importancia de los servicios de Salud Mental en un Hospital General y, puntualmente, del funcionamiento de los equipos de ICyPE.

Resumiremos algunas de las potenciales contribuciones que dichos equipos pueden brindar:

- *Aumentando la adherencia* a los tratamientos clínicos (88), lo cual, desde luego, reditúa en una mejor evolución de la enfermedad clínica.

- *Disminuyendo los tiempos de internación*. Distintos estudios informan acerca de la mayor duración de las internaciones en los HGs para aquellos pacientes que presentan una comorbilidad psiquiátrica. Fulop y cols. compararon los días de internación en dos centros clínicos y encontraron que la media en la estadía fue de 19 y 13 días, respectivamente, para los pacientes con morbilidad psiquiátrica, contra 9 y 8 días para aquellos pacientes sin patología mental (38). Varios estudios informan que el pedido oportuno de una interconsulta psiquiátrica reduce aproximadamente a la mitad los días de internación en pacientes con síntomas psiquiátricos comparados con aquellos para los cuales, aún padeciendo síntomas psiquiátricos, no se solicitó la interconsulta o se hizo de manera tardía (38, 46, 61).

- *Colaborando con el diagnóstico clínico* cuando hay síntomas somáticos inexplicables o incongruentes con el diagnóstico de base. Algunos autores proponen que entre el 25 y el 50% de los síntomas somáticos que presenta un paciente internado en un medio clínico podrían ser atribuidos a causas psiquiátricas (6). Así, los trastornos somatoformes son un foco especial de abordaje psiquiátrico (6, 64, 68, 89).

- *Disminuyendo los costos asociados con los tratamientos clínicos*. Una apropiada intervención psiquiátrica favorecería algunos índices vinculados con la enfermedad clínica, ya sea porque el alivio de los síntomas psiquiátricos favorece la mejoría de la enfermedad clínica y, en consecuencia, disminuye la utilización de los servicios de salud (90, 91), porque reduce los costos asociados a los tiempos de internación en un HG (25, 43, 65, 66), o porque, al ayudar con el diagnóstico, se disminuye el pedido de estudios complementarios innecesarios (63). Un estudio de Inoyue y cols. demuestran el considerable ahorro que se logra con la aplicación de un protocolo de screening y tratamiento no farmacológico en pacientes con riesgo de o que padecen delirium (82). Dicha estrategia adquiere una relevancia mayor si se tiene en cuenta que los trastornos cognitivos, y en especial el delirium, son las patologías psiquiátricas que más se asociaron con el incremento de la mortalidad (61). Igualmente, habría que señalar que otros estudios no sustentan esta hipótesis de reducción de costos (32, 45, 92). Andreoli y cols. ponen en duda la reducción de costos asociada al accionar del interconsultor (45). Estos autores analizan aquellos artículos en los que se evalúa el perfil de costo-efectividad del equipo de ICyPE. Su revisión termina centrándose en sólo dos trabajos, que son aquellos que, metodológicamente, permiten valorar los costos y los ahorros asociados a la variable de la intervención del equipo de ICyPE. Encuentran que, si bien la interconsulta reduce algunos parámetros como el uso de analgésicos y psicofármacos o los síntomas depresivos, incrementa los gastos derivados de los honorarios profesionales. Desde luego, la perspectiva económica no necesariamente transita los mismos caminos que la clínica.

Sin embargo, y a pesar de lo dicho, la situación local de los equipos de ICyPE no termina de encontrar su lugar validado por parte de la comunidad hospitalaria. Una encues-

ta, actualmente en curso y elaborada por el Capítulo de Interconsulta de APSA¹, que evalúa las características y el funcionamiento de estos equipos en diferentes hospitales de Argentina, pone en evidencia algunas de las dificultades de la interconsulta. Particularmente, se señalarán dos aspectos. En primer lugar, que en muchos hospitales las tareas de ICyPE son llevadas a cabo por profesionales de servicios de Salud Mental pero sin constituirse en un equipo de ICyPE propiamente dicho. El hecho de no contar con un equipo de interconsulta consolidado, según vimos, va en detrimento del propio funcionamiento y éxito de la ICyPE. Además, la tarea queda supedita a la aparición del pedido puntual de interconsulta, sin que se establezcan tareas de enlace. En segundo lugar que, independientemente de que exista o no un equipo de ICyPE, el nivel de aceptación que tienen las indicaciones realizadas por el equipo de ICyPE por parte de los médicos de las salas es entre mediano y bajo.

Evidentemente, no basta con señalar cuáles son las razones que justificarían el funcionamiento de la ICyPE. Mucho menos conveniente es resguardarse detrás de justificativos

que involucren la queja por esta falta de aceptación. Los primeros desarrollos de la interconsulta en Argentina mostraban un empeño por situar la salud mental próxima al resto de las especialidades médicas y del personal de la institución. Posiblemente, con los años, parte de esa intención inicial fue cediendo paso a posiciones que no son consideradas útiles o eficientes por la institución hospitalaria. Se desatendieron estrategias de trabajo tales como los dispositivos grupales, la prevención, y, en cierto modo, las tareas de enlace. El desafío actual de la interconsulta recae en los propios profesionales de la salud mental, quienes deberíamos abandonar posturas de aislamiento y, activamente, procurar una mayor integración con la comunidad hospitalaria. Para ello, establecer una relación más activa y llana con los profesionales y el personal de los diferentes servicios, acercarse a las salas sin esperar que las derivaciones tengan lugar, y adaptar nuestro lenguaje y nuestras técnicas a la actividad y a los tiempos propios de las instituciones hospitalarias, son medidas convenientes a poner en práctica para superar los obstáculos que se le presenta a la ICyPE ■

¹ Datos no publicados.

Referencias bibliográficas

1. Stagnaro JC. Nosografías en Psiquiatría. En: Suárez Richards M (comp.). Introducción a la Psiquiatría. 3ª ed. Buenos Aires: Editorial Polemos; 2002. p. 171-190.
2. Schwab JJ. Consultation-liaison psychiatry: a historical overview. *Psychosomatics* 1989; 30: 245-54.
3. Lipsitt D. Psychiatry and the general hospital in an age of uncertainty. *World Psychiatry* 2003; 2: 87-92.
4. Leigh H. The Functions of Consultation-Liaison Psychiatry. En: Leigh H & Streltzer eds. Handbook of Consultation-Liaison Psychiatry. New York: Springer Science + Business Media; 2008. p. 12-15.
5. Lipsitt D. Consultation-Liaison Psychiatry and Psychosomatic Medicine: The Company They Keep. *Psychosom Med* 2001; 63:896-909.
6. Creed F. Liaison psychiatry for the 21st century: a review. *J R Soc Med* 1991; 84: 414-417.
7. Lipowski ZJ. Consultation-liaison psychiatry: the first half century. *Gen Hosp Psychiatry* 1986; 8: 305-15.
8. Lipowski ZJ, citado por Ferrari H, Luchina IL, Luchina N. Asistencia institucional. Nuevos desarrollos de la Interconsulta médico-psicológica. Buenos Aires: Nueva Visión; 1979. p. 22.
9. *Op. Cit.*
10. Mayou R. The Developmental of general hospital psychiatry. En: Lloyd G & Guthrie E, eds. Handbook of Liaison Psychiatry. Cambridge: Cambridge University Press; 2007. p. 3-23.
11. Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA). Libro de las Sub-Especialidades. Capítulo de Interconsulta y Psiquiatría de Enlace. En prensa.
12. Criscaut JJ. Una guía básica para la interconsulta. *Clepios* 2000; VI (4): 189-192.
13. Tenconi JC. El abordaje de las crisis: urgencias y emergencias en la psiquiatría de enlace. *Vertex* 2003; 13: 97-102.
14. Brignolo A, Lerda S, Villari V, Angelini G. Gli svantaggi della psichiatria di liaison: quali i possibili rimedi? Disadvantages of consultation-liaison psychiatry: what strategies are possible? *Rivista di psichiatria* 2007; 42 (2): 108-113.
15. Rigatelli M, Ferrari S. The Modena Consultation-Liaison Psychiatry Service, Italy. *Br J Psychiatry* 2004; 84: 268-269.
16. Huyse FJ, Hengeveld MW. Development of consultation-liaison psychiatry in The Netherlands. Its social psychiatric heritage. *Gen Hosp Psychiatry* 1989;11(1): 9-15.
17. Carofile A. Enrique Eduardo Krapf. Un psiquiatra alemán en la Argentina. *Temas de historia de la Psiquiatría Argentina* 2001; 11: 302-307.
18. Fahrner R. Psiquiatría de Enlace. En: Marchant N, Monchablon Espinoza A (comp.). Tratado de Psiquiatría. Tomo II. Buenos Aires: Grupo Guía; 2005. p. 1257-1269.
19. Neuburger R. De este lado del océano. Pequeña historia de la interconsulta (2ª parte). *Psicoanálisis y el Hospital* 1999; 15: 138-150.
20. Malt U. The Future of consultation-liaison psychiatry: prosper or perish? *World Psychiatry* 2003; 2 (2): 95.
21. Luchina I, Ferrari H, Luchina N. La interconsulta médico psicológica en el marco hospitalario. *Op. Cit.* p. 155.
22. Mayou RA: Psychiatry, medicine and consultation-liaison. *Br J Psychiatry* 1997; 171: 202-204.
23. Silverstone PH: Prevalence of psychiatric disorders in medical inpatients. *J Nerv Ment Dis* 1996; 184: 43-51.
24. Hansen MS, Fink P, Frydenberg M, Oxhøj ML, Sondergaard L, Riksen M. Mental disorders in medical inpatients and the association to severity of illness, Self-Rated physical disability, and health perception. *Psychosomatics* 2001; 42: 41-47.
25. Bourgeois J, Wegelin J, Servis M, Hales R. Psychiatric diagnoses of 901 inpatients seen by Consultation-Liaison psychiatrists at an academic medical center in a managed care environment. *Psychosomatics* 2005; 46: 47-57.
26. Grau Martín A, Suñer Soler R, Abulí Picart P, Comas Casanova P. Niveles de ansiedad y depresión en enfermos hospitalizados y su relación con la gravedad de la enfermedad. *Med Clin* 2003; 120: 370-375.
27. Kunsebeck H, Lempa W, Freyberger H. Identification of psychosomatic and psychic disorders in non-psychiatric inpatients. *Psychother Psychosom* 1984; 42: 187-194.
28. Levenson J, Hamer R, Rossiter L. Relation of psychopathology in general medical inpatients to use and cost of services. *Am J Psychiatry* 1990; 147: 1498-503.
29. Lykouras E, Ioannidis C, Voulgari A, Jemos J, Tzonou A. Depression among general hospital patients in Greece. *Acta Psychiatr Scand* 1989; 79: 148-152.
30. Saravay S, Steinberg M, Weinschel B, Pollack S, Aloviv N. Psychological comorbidity and length of stay in the general hospital. *Am J Psychiatry* 1991; 148: 324-329.
31. Fulop G. Anxiety disorders in the general hospital setting. *Psychiatr Med* 1990; 8: 187-195.
32. Hengeveld M, Ancion F, Rooijmans H. Psychiatric consultations with depressed medical inpatients: a randomized controlled cost-effectiveness study. *Int J Psychiatry Med* 1988; 18: 33-43.
33. Hernández G, Orellana G, Kimelman M, Nuñez MC, Ibáñez C. Trastornos de ansiedad en pacientes hospitalizados en Medicina Interna. *Rev Med Chile* 2005; 133: 895-902.
34. Huffman J, Pollack M. Predicting Panic Disorder Among Patients With Chest Pain: An Analysis of the Literature. *Psychosomatics* 2003; 44: 222-236.
35. Huyse FJ, De Jonge P, Slaets J, Herzog T, Lobo A, Lyons J, Opmeer B, Stein B, Arolt V, Balogh N, Cardoso G, Fink P, Rigatelli M. COMPRI—An Instrument to Detect Patients With Complex Care Needs. Results From a European Study. *Psychosomatics* 2001; 42: 222-228.
36. Feldman E, Mayou R, Hawton K, Ardern M, Smith EBO. Psychiatric disorders in medical inpatients. *Q J Med* 1987; 63: 405-412.
37. Silverstone PH. Depression increases mortality and morbidity in acute life-threatening medical illness. *J Psychosom Res* 1990; 34: 651-657.
38. Fulop G, Strain J, Vita J, Lyons J, Hammer J. Impact of psychiatric comorbidity on length of hospital stay for medical/surgical patients: a preliminary report. *Am J Psychiatry* 1987; 144: 878-882.
39. Furlanetto LM, Cavanaugh SA, Bueno JR, Creech SD, Powell LH. Association between depressive symptoms, and mortality in medical inpatients. *Psychosomatics* 2000; 41 (5): 426-432.
40. Jiang W, Alexander J, Christopher E, Kuchibhatla M, Gaulden L, Cuffe MS, et al. Relationship of depression to increased risk of mortality, and rehospitalization in patients with congestive heart failure. *Arch Intern Med* 2001; 161: 1849-56.
41. Frasure-Smith N, Lesperance F, Gravel G, Masson A, Juneau M, Talajic M, Bourassa MG. Depression, and health-care costs during the first year following myocardial infarction. *J Psychosom Res* 2000; 48: 471-478.
42. Simon G, Revicki D, Heiligenstein J, Grothaus L, VonKorff M, Katon W, Hylan T. Recovery from depression, work productivity, and health care costs among primary care patients. *Gen Hosp Psychiatry* 2000; 22 (3): 153-62.
43. Christodoulou C, Fineti K, Douzenis A, Moussas G, Michopoulos I, Lykouras L. Transfers to psychiatry through the consultation-liaison psychiatry service: 11 years of experience. *Ann Gen Psychiatry* 2008; 14: 7-10.
44. Diefenbacher A, Strain J. Consultation-liaison psychiatry: stability and change over a 10-year-period. *Gen Hosp Psychiatry* 2002; 24: 249-256.
45. Andreoli P, de Mari J. Assessment of a consultation-liaison psychiatry and psychology health care program. Avaliação do programa assistencial de um serviço de interconsulta psi-

- quiátrica e psicológica. *Rev Saúde Pública* 2002; 36 (2).
46. Huyse FJ, Herzog T, Lobo A, Malt U, Opmeer B, Stein B, de Jonge P, van Dijk R, Creed F, Crespo M, Cardoso G, Guimarães-Lopes R, Mayou R, van Moffaert M, Rigatelli M, Sakkas P, Tienari P. Consultation-Liaison psychiatric service delivery: results from a European study. *Gen Hosp Psychiatry* 2001; 23: 124-132.
 47. Graber M, Bergus G, Dawson J, Wood GB, Levy BT, Levin I. Effect of a patient's psychiatric history on physicians' estimation of probability of disease. *J Gen Intern Med* 2000; 15: 204-6.
 48. Lawrie S, Martin K, McNeill G, Drife J, Chrystie P, Reid A, et al. General practitioners' attitudes to psychiatric and medical illness. *Psychol Med* 1998; 28: 1463-1467.
 49. Mukherjee R, Fialho A, Wijetunge A, Checinski K, Surgenor T. The stigmatisation of psychiatric illness: the attitudes of medical students and doctors in a London teaching hospital. *Psychiat Bull* 2002; 26: 178-181.
 50. Solar A. Factors contributing to difficulty with psychiatric disorder among junior medical staff. *Aust Psychiatry* 2002; 10 (3): 279-282.
 51. Liggins J, Hatcher S. Stigma toward the mentally ill in the general hospital: a qualitative study. *Gen Hosp Psychiatry* 2005; 27: 359-364.
 52. Mitchell A, Malone D, Doebbeling C. Quality of medical care for people with and without comorbid mental illness and substance misuse: systematic review of comparative studies. *B J Psych* 2009; 194 (6): 491-499.
 53. Huyse FJ, Lyons JS, Strain JJ. Evaluating psychiatric consultations in the general hospital. Multivariate prediction of concordance. *Gen Hosp Psychiatry* 1992; 14 (6): 363-9.
 54. Seward L, Smith G, Stuart G. Concordance with recommendations in a consultation-liaison psychiatry service. *Aust N Z J Psychiatry* 1991; 25 (2): 243-254.
 55. Popkin MK, Mackenzie T, Hall R, Garrard J. Physicians' concordance with consultants' recommendations for psychotropic medication. *Arch Gen Psychiatry* 1979; 36 (4): 386-389.
 56. Popkin MK, Mackenzie TB, Callies AL, Cohn JN. An interdisciplinary comparison of consultation outcomes. Psychiatry vs cardiology. *Arch Gen Psychiatry* 1981; 38 (7): 821-825.
 57. González M, Calderón J, Olguín P, Flores JL, Ramírez S. In the general hospital: A doctors' perception survey. *Eur J Psychiat* 2006; 20 (4): 224-230.
 58. Abait E, Alvarez J. Interconsultas a salud mental. Comunicación presentada en: 3o Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis 2002. Psiquiatría.com. Febrero de 2002. Disponible en: http://www.bibliopsiquis.com/bibliopsiquis/bitstream/10401/2036/1/interpsiquis_2002_5236.pdf (Último acceso: 28/05/2011).
 59. Jonge P, Huyse F, Herzog T, Lobo A, Malt U, Opmeer B, Kuiper B, Krabbendam A. Referral pattern of neurological patients to psychiatric Consultation-Liaison Services in 33 European hospitals. *Gen Hosp Psychiatry* 2001; 23: 152-157.
 60. Devasagayam D, Clarke D. Changes to inpatient consultation-liaison psychiatry service delivery over a 7-year period. *Australas Psychiatry* 2008; 16 (6): 418-422.
 61. Furlanetto L, da Silva R, Bueno J. The impact of psychiatric comorbidity on length of stay of medical inpatients. *Gen Hosp Psychiatry* 2003; 25: 14-19.
 62. Creed F, Mayou R, Hopkins A. Medical Symptoms Not Explained By Organic Disease. London: Royal College of Psychiatrists & Royal College of Physicians of London, 1992, citado por Lloyd GG. A sense of proportion: the place of psychiatry in medicine. *J R Soc Med* 1995; 89: 563-567.
 63. Larsen E, Omenn G, Lewis H. Diagnostic evaluation of headache; impact of computerised tomography and cost-effectiveness. *JAMA* 1980; 243: 359-62.
 64. Raheja SK, McDonald PJ, Taylor I. Non-specific abdominal pain - an expensive mystery. *J R Soc Med* 1990; 83: 10-11.
 65. Rost K, Kashner T, Smith G. Effectiveness of psychiatric intervention with somatization disorder patients: improved outcomes at reduced costs. *Gen Hosp Psychiatry* 1994; 16: 381-387.
 66. Jin C, Novik S, Saravay S. Consultation-Liaison Psychiatry Training and Supervision Results in Fewer Recommendations for Constant Observation. *Gen Hosp Psychiatry* 2000; 22: 359-364.
 67. Strain J, Lyons J, Hammer J, Fahs M, Lebovits A, Paddison P, Snyder S, Strauss E, Burton R, Nuber G, Abernathy T, Sacks H, Nordlie J, Sacks C. Cost offset from a psychiatric consultation-liaison intervention with elderly hip fracture patients. *Am J Psychiatry* 1991; 148: 1044-1049.
 68. Leentjens A, Boenink A, Sno H, Strack van Schijndel R, van Croonenborg J, van Everdingen J, van der Feltz-Cornelis C, van der Laan N, van Marwijk H, van Os T. The guideline "consultation psychiatry" of the Netherlands Psychiatric Association. *J Psychosom Res* 2009; 66: 531-535.
 69. Bronheim H, Fulop G, Kunkel E, Muskin P, Schindler B, Yates W, Shaw R, Steiner H, Stern T, Stoudemire A. The Academy of Psychosomatic Medicine Practice Guidelines for Psychiatric Consultation in the General Medical Setting. *Psychosomatics* 1998; 39: S8-S30.
 70. Schubert D, Billowitz A, Gabinet L, Friedson W. Effect of liaison psychiatry on attitudes toward psychiatry, rate of consultation, and psychosocial documentation. *Gen Hosp Psychiatry* 1989; 11: 77-87.
 71. Edelman L, Kordon D. A Manera de Introducción a la Teoría y Práctica de los Grupos. *Vertex* 1992; 3 (7): 25-31.
 72. Mayou R, Anderson H, Feinmann C, Hodgson G. The present state of consultation and liaison psychiatry. *Psychiat Bull* 1990; 14: 321-325.
 73. Luchina I, Ferrari H, Luchina N. La interconsulta médico psicológica en el marco hospitalario. Op. Cit. p. 191.
 74. Ramchandani D, Lamdan R, O'Dowd M, et al. What, why, and how of consultation-liaison psychiatry: an analysis of the consultation process in the 1990s at five urban teaching hospitals. *Psychosomatics* 1997; 38: 349-55.
 75. Rigatelli M, Casolari L, Massari I, Ferrari S. A follow-up Study of psychiatric consultations in the general hospital: what happens to patient after discharge? *Psychother Psychosom* 2001; 70: 276-282.
 76. Andrews G, Henderson S, Hall W. Prevalence, comorbidity, disability and service utilisation. Overview of the Australian National Mental Health Survey. *Br J Psychiatry* 2001; 178: 145-153.
 77. Kennedy B, Schwab J. Utilization of Medical Specialists by anxiety disorder patients. *Psychosomatics* 1997; 38: 109-112.
 78. Agyapong VI, Rogers C, Machale S, Cotter D. Factors predicting adherence with psychiatric follow-up appointments for patients assessed by the liaison psychiatric team in the emergency department. *Int J Psychiatry Med* 2010; 40 (2): 217-228.
 79. Kruse GR, Rohland BM, Wu X. Factors associated with missed first appointments at a psychiatric clinic. *Psychiatr Serv* 2002; 53: 1173-1176.
 80. Nelson E, Maruish M, Axler J. Effects of discharge planning and compliance with outpatient appointments on readmission rates. *Psychiatr Serv* 2000; 51: 885-889.
 81. Olfson M, Mechanic D, Boyer CA. Linking inpatients with schizophrenia to outpatient care. *Psychiatr Serv* 1998; 49: 911-917.
 82. Inouye S, Bogardus S, Charpentier P, Leo-Summers L, Acampora D, Holford T, Cooney L. A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients. *N Engl J Med* 1999; 340 (9): 669-76.
 83. Compton M, Rudisch B, Craw J, Thompson T, Owens D. Predictors of Missed First Appointments at Community Mental Health Centers After Psychiatric Hospitalization. *Psychiatr Serv* 2006; 57: 531-537.
 84. Boyer C, McAlpine D, Pottick K, Olfson M. Identifying risk factors and key strategies in linkage to outpatients psychiatric care. *Am J Psychiatry* 2000; 157: 1592-1598.

85. Mitchell AJ, Selmes T. Why don't patients attend their appointments? Maintaining engagement with psychiatric services. *Adv Psychiatr Treat* 2007; 13: 423-434.
86. Van Hoof T, Schwartz H. When consultants write orders: physicians' attitudes, beliefs, and practices. *Gen Hosp Psychiatry* 1999; 21: 333-339.
87. Department of Health. Hospital Activity Statistics, London. 2003. Department of Health. Disponible en: http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/AnnualReports/Browsable/DH_5217175 (Último acceso: 28/05/11).
88. Ciechanowski P, Katon W, Russo J. Depression, and diabetes: impact of depressive symptoms on adherence, function, and costs. *Arch Intern Med* 2000; 160 (21): 3278-3285.
89. Smith G, Rost K, Kashner T. A trial of the effect of a standardized psychiatric consultation on health outcomes and costs in somatizing patients. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52: 238-43.
90. Mayou R, Seagroatt V, Goldacre M. Use of psychiatric service by patients in a general hospital. *BMJ* 1991; 303: 1029-1032.
91. Simon G, Manning W, Katzelnick D, Pearson S, Henk H, Helstad C. Cost-effectiveness of Systematic Depression Treatment for High Utilizers of General Medical Care. *Arch Gen Psychiatry* 2001; 58: 181-187.
92. Levenson J, Hamer R, Rossiter L. A randomized controlled study of psychiatric consultation guided by screening in general medical inpatients. *Am J Psychiatry* 1992; 149: 631-637.

15° Congreso Mundial de Psiquiatría



Buenos Aires, Argentina

CONGRESO MUNDIAL DE PSIQUIATRÍA EN ARGENTINA



15° Congreso Mundial de Psiquiatría “Nuestro Legado y Nuestro Futuro”

18 al 22 de septiembre de 2011

Buenos Aires, Argentina

En la ciudad de Buenos Aires tuvo lugar entre el 18 y el 22 de septiembre de 2011 el 15° Congreso Mundial de Psiquiatría, organizado por la Asociación Mundial de Psiquiatría (WPA). Estos congresos que se realizan cada tres años, constituyen el principal evento científico internacional en el campo de la psiquiatría.

El acontecimiento, declarado de Interés Nacional por el Poder Ejecutivo y de Interés Sanitario por el Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y contó con el auspicio de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, convocó a 14.013 especialistas de la psiquiatría de más de cincuenta países. Tal concurrencia lo erigió en el más numeroso en toda la historia de los Congresos de la WPA, y uno de los más grandes en toda la historia de la psiquiatría desde que existe como especialidad médica. En esa masiva concurrencia se destacó la presencia de una gran cantidad de psiquiatras latinoamericanos.

En su folleto de presentación las autoridades de la WPA explicaron el lema del Congreso en los términos siguientes: “El 15° Congreso Mundial pretende brindar un panorama abarcativo de aquellos logros que han trascendido el paso del tiempo (nuestro legado) y las tendencias actuales

más prometedoras (nuestro futuro) en las diferentes áreas de investigación y práctica psiquiátrica, con la contribución de los expertos mundiales más destacados en diversos temas”.

El presidente del evento fue el Dr. Mario Maj representante de Italia, simultáneamente presidente de la WPA, y estuvo acompañado en la organización general del congreso por un Comité Supervisor conformado por el profesor Pedro Ruiz de los EE.UU., y el profesor Juan Carlos Stagnaro y el Doctor Néstor Marchant de Argentina. Los dos últimos participaron de pleno derecho ya que los estatutos de la WPA prevén que los presidentes de las asociaciones locales ocupen esos lugares de apoyo en la preparación del Congreso. Juan Carlos Stagnaro lo hizo en nombre de la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA), de la que fue presidente en el período 2008-2011 y Néstor Marchant en nombre de la Asociación Argentina de Psiquiatras (AAP).

El Comité Supervisor recibió la contribución de otros tres estamentos: el Comité Organizador, el Comité Científico y el Consejo Asesor Internacional, constituidos por representantes de muchos países (Véase la lista detallada de sus integrantes en la Tabla 1).

Tabla 1. Estamentos organizativos y científicos del 15º Congreso Mundial de Psiquiatría.**Comité Organizador**

T. Okasha (Egipto) (Presidente), T. Akiyama (Japón) (Co-Presidente), A. Cía (Argentina) (Co-Presidente), L. Küey (Turquía) (Co-Presidente), T. Rosan (Argentina) (Co-Presidente), P. Ruiz (EE.UU.) (Co-Presidente), M.A. Materazzi (Argentina), A. Monchablon (Argentina), H. Vommaro (Argentina), F. Antun (Líbano), E. Camarena (México), E. Belfort (Venezuela), H. Chaudhry (Pakistán), R. Córdoba (Colombia), W. Gaebel (Alemania), J.A. Gomes de Carvalho (Brasil), J. Raboch (República Checa)

Comité Científico

P. Ruiz (EE.UU.) (Presidente), H. Herrman (Australia) (Co-Presidente), M. Jorge (Brasil) (Co-Presidente), A. Tasman (EE.UU.) (Co-Presidente), M.A. Adad (Brasil), A. Bellack (EE.UU.), M. Benyakar (Argentina), D. Bhugra (Reino Unido), B. Birmaher (EE.UU.), G. Brarda (Argentina), M. Cetkovich Bakmas (Argentina), R.M. Corral (Argentina), N. Craddock (Reino Unido), R. D'Souza (Australia), R.I. Dunbar (Reino Unido), R. Fahrer (Argentina), R. García Novarini (Argentina), O. Gureje (Nigeria), R. Jenkins (Reino Unido), S. Kapur (Reino Unido), A. López Mato (Argentina), P. McGorry (Australia), H.-J. Möller (Alemania), A. Monchablón (Argentina), K.T. Mueser (EE.UU.), G. Onofrio (Argentina), V. Patel (Reino Unido/India), I.J. Puig (Argentina), S. Rojtenberg (Argentina), H. Sackeim (EE.UU.), S. Saxena (Suiza), H. Vommaro (Argentina).

Consejo Asesor Internacional

S.M. Abdel Azim (Egipto), M. Abou-Saleh (Reino Unido), J. Adeyemi (Nigeria), D. Anagnostopoulos (Grecia), N.C. Andreasen (EE.UU.), C. Baddoura (Líbano), D. Baron (EE.UU.), M. Bassi (Italia), M. Berger (Alemania), P. Berner (Francia), G. Berrios (Reino Unido), M. Bertelli (Italia), J. Biederman (EE.UU.), V. Camus (Francia), G.A. Chiarenza (Italia), B. Coskun (Turquía), J.A. Costa e Silva (Brasil), J. Cox (Reino Unido), F. Delgado (Ecuador), P. Deva (Malasia), M.L. Figueira (Portugal), J. Freidin (Australia), P.M. Furlan (Italia), S. Galderisi (Italia), N. Garret (Francia), L. Gask (Reino Unido), T.A. Gawad (Egipto), L. Grassi (Italia), L. Hardi (Hungría), G. Invernizzi (Italia), S.A. Jalili (Irán), L. Janiri (Italia), V.P. Kontaxakis (Grecia), V. Kovess (Francia), T. Kurimay (Hungría), D. Lecic-Tosevski (Serbia), F. Lieh-Mak (Hong Kong-China), J.J. Lopez-Ibor (España), J.P. Macher (Francia), M. Madianos (Grecia), W. Maier (Alemania), J.S. McIntyre (EE.UU.), J. Mezzich (EE.UU.), E.G. Moeller (EE.UU.), E. Mohandas (India), A. Mohit (Egipto), P. Monteleone (Italia), D. Moussaoui (Marruecos), N. Mueller (Alemania), C.B. Nemeroff (EE.UU.), U. Niaz (Paquistán), A. Okasha (Egipto), S. Opjordsmoen (Noruega), S.V. Parikh (Canadá), E. Pi (EE.UU.), P. Pichot (Francia), F. Quartier (Suiza), S. Rajkumar (Australia), S. Rataemane (Sudáfrica), M.B. Riba (EE.UU.), L. Risco (Chile), M. Roca Bennasar (España), M. Sadre-Chirazi-Stark (Alemania), I.M. Salloum (EE.UU.), M. Sánchez (Nicaragua), N. Sartorius (Suiza), F.M. Schulsinger (Dinamarca), S. Shima (Japón), A. Soghoyan (Armenia), G. Stanghellini (Italia), V. Starcevic (Australia), C. Stefanis (Grecia), H. Stuart (Canadá), J.G. Taborda (Brasil), R. Tempier (Canadá), H.-O. Thomashoff (Austria), S. Tyano (Israel), P. Tyrer (Reino Unido), H.M. van Praag (Holanda), H. Wahlberg (Suecia), R. Warner (EE.UU.), D. Wasserman (Suecia), D.R. Wilson (EE.UU.), R. Wintrob (EE.UU.), J. Zohar (Israel), S. Zuvekas (EE.UU.).

El idioma oficial del Congreso fue el inglés, pero, a diferencia de otros similares, y por la intensa gestión llevada a cabo por los representantes locales, se decidió que una traducción simultánea en español y portugués estuviera disponible para las Conferencias Centrales, Sesiones Especiales y un cierto número de Simposios Regulares.

Asimismo se dispuso un segmento en el programa científico con Simposios y Sesiones de Comunicaciones Orales en español o portugués.

Las actividades científicas se dividieron de esta manera en: Conferencias Centrales (24) (ver títulos y expositores de las mismas en la Tabla 2); Sesiones Especiales (15) (ver temas desarrollados en la Tabla 3); Simposios Regulares (94); Workshops (17); Simposios y Workshops de Secciones de la WPA (70); Comunicaciones Orales (150) y Posters (1232) todos en idioma inglés, y Simpo-

sios Regulares (65) y Workshops (20) en idioma español o portugués.

El contenido de las Conferencias Centrales y la selección de los conferencistas, así como los de las Sesiones Especiales fueron fijados por el presidente del Congreso. En esas instancias hubo una mayoritaria representación de figuras del espacio anglosajón, con particular cantidad de representantes de la psiquiatría de los EE. UU. y del Reino Unido. Los demás países de Europa, los latinoamericanos, los asiáticos y los africanos estuvieron allí poco presentes.

Por el contrario una mayor proporción de esas zonas del mundo presentó ponencias en las demás actividades científicas. Allí se pudo asistir a una nutrida cantidad de actividades en las que presentaron ponencias los psiquiatras argentinos quienes mostraron el excelente nivel de las producciones locales.

Tabla 2. Conferencias centrales.

<p>N. Sartorius (Suiza) "Sistemas de clasificación y diagnóstico en psiquiatría: nuestra herencia y nuestro futuro".</p>	<p>W.T. Carpenter Jr. (EE.UU.) "Esquizofrenia: los comienzos, los cambios, el futuro".</p>
<p>P. McGuffin (Reino Unido) "Pasado, presente y futuro de la genética de los trastornos mentales".</p>	<p>E. Vieta (España) "Abordaje clínico de los trastornos bipolares".</p>
<p>G. Thornicroft (Reino Unido) "Tratamientos comunitarios en Salud Mental: desarrollos recientes y nuevas tendencias".</p>	<p>M.E. Thase (EE.UU.) "Abordaje clínico de la Depresión Mayor".</p>
<p>R.E. Drake (EE. UU.) "Trabajo protegido para personas con enfermedades mentales severas".</p>	<p>D.J. Stein (Sudáfrica) "Trastornos de ansiedad: una aproximación integrativa".</p>
<p>P. Fonagy (Reino Unido) "Terapia psicodinámica basada en la evidencia".</p>	<p>C.P. O'Brien (EE.UU.) "Avances en la comprensión y el tratamiento de los trastornos adictivos".</p>
<p>K. Shear (EE.UU.) "Psicoterapias cognitivo-conductuales: su herencia y su futuro".</p>	<p>A.C. McFarlane (Australia) "La lesión indeleble del trauma: la propensión a recordar y olvidar".</p>
<p>B. Kirkpatrick (EE.UU.) "La heterogeneidad de la esquizofrenia: implicaciones para la investigación de biomarcadores".</p>	<p>J. Rapoport (EE.UU.) "Plasticidad neuronal en niños sanos, hiperactivos y psicóticos".</p>
<p>P. McGuire (Reino Unido) "Neuroimágenes en psicosis: nuestro pasado y nuestro futuro".</p>	<p>D. Stewart (Canadá) "Herencia y futuro de la salud mental de la mujer".</p>
<p>R.C. Kessler (EE.UU.) "Epidemiología de los trastornos mentales: herencia y futuro".</p>	<p>T.N. Wise (EE.UU.) "Psiquiatría y medicina general: de la teoría a la práctica".</p>
<p>M. Phillips (China) "Suicidio en un mundo en cambio".</p>	<p>D. Jeste (EE.UU.) "Una vejez cognitiva y emocionalmente exitosa".</p>
<p>A.E. Skodol (EE.UU.) "Trastornos de la personalidad: pasado, presente y futuro".</p>	<p>R.D. Alarcón (EE.UU.) "Cultura y salud mental: realidades y promesas".</p>
<p>J. Treasure (Reino Unido) "Avances en los fundamentos de los trastornos alimentarios".</p>	<p>F. Lolas (Chile) "Ética y derechos humanos en psiquiatría: una red axiográfica".</p>

Las sesiones del congreso se desarrollaron en los salones del Sheraton Buenos Aires Hotel & Convention Center, sito en San Martín 1225, y en los del Hotel Melia, ubicado en Reconquista 945, ambos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, que resultaron por momentos insuficientes para albergar a la cantidad de oyentes, creándose en ciertos horarios dificultades para entrar en los salones, a tal punto el número de asistentes superó las expectativas de la organización.

Una faceta importante del Congreso fue la presencia de importantes actividades dedicadas a la Salud Pública, la epidemiología, los derechos humanos de los pacientes, los sistemas de salud, la lucha contra el estigma: desarrolladas por especialistas de primer nivel, como es el caso Norman Sartorius, Graham Thornicroft (ver Entrevistas), Ezra Susser, Ronald Kessler, por nombrar algunos de los especialistas de estas

problemáticas (ver lista de Conferencias Centrales). Psiquiatras que sostienen un profundo compromiso con las personas que sufren, más que con las patologías que portan, que centran sus preocupaciones en los factores culturales que condicionan el devenir de la enfermedad; que denuncian la falta de políticas de salud mental o de la opresión que producen los sistemas. Ellos relataron en sus distintas conferencias, programas que buscan evitar personas en condición de calle o reinternaciones, buscando el apoyo de sus familias, de la sociedad civil e inclusive de otros pacientes como agentes del cambio. Otras conferencias versaron en proyectos en colaboración entre varios países, de evaluación de las internaciones según la opinión de los usuarios, u otro proyecto sobre la reubicación de pacientes crónicos en ámbitos enriquecidos como estímulo para salir de la posición pasiva de falta de trabajo y contacto social.

Tabla 3. Simposios centrales.

1. **“Servicios de Salud Mental en países de bajos ingresos”**
2. **“Tratamientos somáticos no farmacológicos en Psiquiatría”**
3. **“Provisión de calidad en los servicios de Salud Mental”**
4. **“Promoción de la salud mental y prevención de los Trastornos Mentales”**
5. **“Cerebro social y cognición social”**
6. **“Farmacoterapia en Psiquiatría: herencia y futuro”**
7. **“Proporcionando acceso y adherencia a los servicios de Salud Mental”**
8. **“Conflictos, terrorismo y Salud Mental”**
9. **“Globalización y Salud Mental”**
10. **“Intervenciones tempranas en psiquiatría”**
11. **“La familia de las personas con enfermedades mentales severas”**
12. **“Interacciones genes-medio ambiente en los trastornos mentales”**
13. **“Niños con trastornos mentales en su edad adulta”**
14. **“Resiliencia y recuperación de personas con trastornos mentales”**
15. **“Psicopatología funcional”**



Acto de apertura del 15° Congreso Mundial de Psiquiatría. En el podio el presidente del Congreso Dr. Mario Maj. A su izquierda los representantes argentinos Dr. Néstor Marchant, Dr. Tito Rosán, Dra. María Grosso, Dr. Alfredo Cía y Dr. Juan Carlos Stagnaro, junto a otras figuras internacionales.

La preocupación por sostener la clínica y la psicopatología como ejes ordenadores y guía del trabajo en el campo de la Salud Mental fue enfatizada en muchas ponencias, como también lo fue la decidida toma de posición del mundo psiquiátrico en relación a la defensa de las garantías de un trato ético y de respeto de los Derechos Humanos de los pacientes y sus

familias. En ese sentido fue sumamente importante la síntesis que el doctor Fernando Lolas, miembro de nuestro Comité Científico, presentó en su Conferencia Central sobre el tema.

Otro de los tópicos fundamentales fue la necesidad de tomar en cuenta los factores culturales en el diseño de las acciones en nuestra especialidad, habida cuenta de la



Conferencia Central durante el 15° Congreso Mundial de Psiquiatría

magnitud de las corrientes migratorias actuales que circulan en el planeta que trasladan problemáticas polifacéticas del enfermar y se expresan en niveles lingüísticos, en concepciones culturalmente determinadas sobre la locura y la salud, y en múltiples otras facetas que inciden sobre la relación entre los equipos de salud y sus consultantes. Este fenómeno, explicado brillantemente por el doctor Renato Alarcón, también miembro de Vertex, en otra de las Conferencias Centrales, se ve ampliado por el hecho que los mismos psiquiatras pertenecientes a diferentes culturas migran -en general desde países periféricos a países centrales- y se encuentran en su trabajo profesional con pacientes pertenecientes a la cultura local.

Si bien los congresos han dejado de ser lugares donde se comunican las novedades realizadas en los últimos tiempos (desde hace más de una década se empezó a masificar el uso de Internet y la información está fácilmente disponible, lo cual hace que todo lo que se dice en los congresos más tarde o más temprano se publica) siguen siendo un espacio para intercambiar con colegas de otras latitudes y establecer proyectos comunes. En una época donde la globalización es una parte habitual de lo que pasa en nuestro mundo cercano o lejano, los congresos permiten establecer contactos con personalidades de todas partes.

La organización, como ocurre en estos eventos por razones de esponsorización, otorgó un espacio a los Simposios de la industria farmacéutica. Pero en esta ocasión su cantidad fue limitada: su número total fue de 13, cada uno de una hora de duración y todos, excepto uno de ellos, se celebraron en horas del mediodía y simultáneamente.

En general, hubiera sido deseable que hubiera habido más tiempo para debates y, aunque hubo profusión de aportes de tipo farmacológico -que no aportaron novedades importantes- también existieron espacios que concitaron gran interés para la discusión clínica y epistemológica, como fue el caso de los organizados en torno a la clínica francesa, en los que descolló la presencia de Jean Garrabé, y las conferencias del profesor Germán Berrios de Cambridge.

Muchos otros nombres podrían citarse. Cada uno de los participantes de un evento de esa magnitud podría relatar "su propio Congreso", de acuerdo a su recorrido y preferencias, pero, en su conjunto la opinión generalizada de los asistentes fue que el programa tuvo de todo y para todos los intereses presentes, mostrando la dilatada extensión de las temáticas que abarca la psiquiatría contemporánea ■

Historia de los Congresos Mundiales de Psiquiatría

El gran psiquiatra francés Henri Ey (1900-1977) organizó el 1° Congreso Mundial de Psiquiatría en París, del 18 al 27 de septiembre de 1950. Ese evento, del cual surgió transitoriamente, la Asociación de Congresos Mundiales, fue el primer paso hacia la constitución de la Asociación Mundial de Psiquiatría (WPA), fundada en 1961, de la cual Ey fue el impulsor y primer Secretario General. La WPA en el momento de su creación reunía más de 60.000 psiquiatras de 75 Sociedades de la especialidad presentes en 63 países diferentes.

Durante el Congreso Internacional de Neurología presidido por Ludo Van Bogaert de Amberes, que tuvo lugar en París en 1946, un neuropsiquiatra peruano, Oscar Trilles, muy amigo de Ey, le sugirió al maestro francés la idea de convocar un congreso similar pero de psiquiatría. Ey meditó mucho esa idea. Europa salía lenta y penosamente de la catástrofe bélica de la Segunda Guerra Mundial. Finalmente se decidió y comenzó a convocar a diferentes figuras europeas y americanas para poner en marcha el proyecto que le había sugerido Trelles.

En un folleto editado en marzo de 1950 convocando al Primer Congreso Mundial se precisó su objetivo: *“Pre-tendemos la confrontación de diversos puntos de vista sobre los grandes temas clásicos o de actualidad, que atraviesan las diversas escuelas nacionales o los grupos lingüísticos. Queremos también fomentar los contactos personales entre los psiquiatras que, en cada país, se interesan por cada tema en particular. El Congreso ofrecerá un panorama vasto y variado, del cual cada uno podrá tomar lo que desee”*.

El 1° Congreso Mundial de Psiquiatría tuvo como Presidentes de honor a Pierre Janet (*in memoriam*), y a los profesores Maxime Laignel-Lavastine y Jean Lhermitte; como Presidente al profesor Jean Delay, como Secretario general a Henri Ey y como Tesorero a Paul Sivadon.

Seis *Rapports* fueron publicados antes del Congreso: uno sobre las terapéuticas de shock, uno sobre las lobotomías y topectomías (Freeman) y cuatro sobre la psicopatología de los delirios (Guiraud, Mayer-Gross, Morselli y Rümke). Estos últimos de una riqueza clínica incomparable y aún hoy documentos para volver a leer. En esa



Henri Ey (1900-1977)

Sección del 1° Congreso dos autores argentinos, Carlos Pereyra y Enrique Eduardo Kraft presentaron sendos trabajos sobre la clínica la psicopatología de la despersonalización (ver en este número de Vertex la Sección El Rescate y la Memoria).

El 2° Congreso Mundial de Psiquiatría tuvo lugar entre el 1 y el 7 de septiembre de 1957 en Zurich bajo la presidencia de Manfred Bleuler. El 3° Congreso Mundial se organizó en Montreal del 4 al 10 de junio de 1961 presidido por Ewen Cameron. Del 5 al 11 de septiembre de 1966, bajo la presidencia de Juan José López Ibor, tuvo lugar el 4° Congreso Mundial en Madrid.

Del 1 al 5 de diciembre de 1972 tuvo lugar en la ciudad de México 5° Congreso Mundial de Psiquiatría sucediéndose los siguientes en Honolulu (1977) 6°, Viena (1983) 7°, Atenas (1989) 8°, Río de Janeiro (1993) 9°, Madrid (1996) 10°, Hamburgo (1999) 11°, Yokohama (2002) 12°, El Cairo (2005) 13°, Praga (2008) 14° y Buenos Aires (2011) 15° ■

La formación de médicos residentes de Psiquiatría

El 21 de septiembre se reunió el Consejo de Jóvenes Psiquiatras de la WPA (“WPA Early Career Psychiatrists Council”) con el fin de discutir los aspectos formativos y laborales de los residentes de psiquiatría y los noveles psiquiatras que ya han concluido su residencia.

En la mesa redonda se expusieron los datos provenientes de los cinco continentes, de lo cual resultó claro que:

1. La mayoría de las residencias en psiquiatría incluyen una formación de 4 años.
2. La mayoría de las residencias incluyen formación en clínica médica y neurología, a diferencia de lo que ocurre en muchas residencias de nuestro país (especialmente Ciudad de Buenos Aires).
3. La mayoría de las residencias en psiquiatría incluyen una formación psicoterapéutica al menos catalogada de satisfactoria por los noveles psiquiatras, siendo las terapias de corte psicoanalítico y cognitivo-conductual las mayormente incluidas en la etapa formativa (muy por detrás se sitúan la sistémica y la interpersonal). En este sentido, países como Bélgica y la Argentina presentan programas en los que no se espera que el psiquiatra tenga algún tipo de formación psicoterapéutica, relegando su accionar exclusivamente a las terapéuticas biológicas (principalmente psicofarmacológicas).
4. Las residencias básicas de psiquiatría (“psiquiatría general”) suelen contemplar mayoritariamente una formación en adultos, y las residencias infanto-juveniles suelen ser post-básicas, a diferencia de lo que sucede en nuestro país.
5. Las residencias básicas de psiquiatría (“psiquiatría general”) suelen contemplar mayoritariamente una formación en adultos, y las residencias infanto-juveniles, en gerontopsiquiatría, adicciones, y otras (ej. medicina psicosomática) son post-básicas, o al menos requieren un cierto número de años (por lo general, 2 ó 3) de formación en psiquiatría general.
6. Existen residencias hospitalarias y universitarias en la mayoría de los países. También las hay privadas. La formación varía entre aquellos programas que hacen hincapié en la actividad asistencial, aquellas con importantes intervenciones comunitarias, hasta las volcadas mayormente al campo de la investigación clínica/psicofarmacológica. No existe uniformidad transnacional al respecto.
7. Existe un marcado déficit laboral en la transición desde el final de la residencia hasta la inserción completa del novel psiquiatra.
8. Existe una marcada estigmatización no solo del paciente psiquiátrico sino también del psiquiatra en pleno ejercicio de su profesión

Entrevistas

“El estigma y la discriminación son comunes y bastante similares en muchos países del mundo”

Entrevista a Graham Thornicroft

Por Martín Agrest

Graham Thornicroft es profesor de Psiquiatría Comunitaria y Director del Servicio de Salud y del Departamento de investigación poblacional del Instituto de Psiquiatría del King's College, de Londres. Es consultor psiquiátrico y Director de Investigación y Desarrollo en South London and Maudsley NHS Foundation. Sus áreas de especialización comprenden el estigma y la discriminación, la evaluación de las necesidades en salud mental, el desarrollo de escalas de evolución, la evaluación costo-beneficio de tratamientos de salud mental y servicios de Salud Mental en países menos desarrollados económicamente. Es autor y co-autor de 23 libros y más de 215 artículos en revistas con referato.

Vertex: ¿Cómo piensa que cambió la Psiquiatría en los últimos 10 años?

la provisión de los servicios en función de las necesidades y no solo de las demandas.

Graham Thornicroft: Creo que hay una conciencia creciente de la brecha de la salud mental. Por ejemplo, que tratamos a lo sumo a un tercio de las personas con enfermedades mentales del mundo y que en los países de ingresos bajos y medios es posible que este porcentaje baje a un 10% aproximadamente.

Vertex: ¿Cómo cree que la prensa puede ser modificada respecto de cómo comunica, reproduce o genera el estigma? ¿Cómo piensa que los profesionales de la salud mental pueden cambiar ellos mismos algo de eso y a su vez contribuir a un cambio de la sociedad en su conjunto?

Vertex: ¿Cuáles cree que son los próximos desafíos de la Psiquiatría para el futuro cercano?

GT: Ya sucede que en muchos países las celebridades están “apareciendo” respecto de la enfermedad mental, como es el caso de Catherine Zeta Jones y Kirsten Dunst hace pocas semanas. Por lo tanto, pienso que esto será útil para hacer de la enfermedad mental algo de lo que la gente común puede hablar y se humanice la experiencia de la enfermedad mental y se vea como posible la plena recuperación, como en el caso de Serena Williams y de Britney Spears.

GT: Primero, trabajar con socios no profesionales para normalizar las enfermedades mentales de modo que, por ejemplo, tener depresión sea similar a tener diabetes y, así, derrotar el estigma y promover el acceso a la atención. Segundo, trabajar con los financiadores de los servicios de salud, quienes los planifican y toman decisiones al respecto, de modo de organizar

Vertex: ¿Qué pueden hacer los psiquiatras y qué está verdaderamente fuera de su alcance en el problema del estigma?

GT: Podemos hacer asociaciones fuertes con, por ejemplo, ONGs y con grupos de usuarios de servicios para impulsar públicamente una cobertura mediática más equilibrada, para una aplicación de la ley de la discriminación de la discapacidad en las personas con enfermedad mental, y dejar bien claro que no aceptamos una mala calidad o muy limitada provisión de la atención para estas personas.

Vertex: ¿Cuáles son los efectos de las campañas masivas sobre el estigma?

GT: Hay evidencia creciente de que el estigma y la discriminación son comunes y bastante similares en muchos países del mundo. Pese a que hay diferencias menores, son la similitud en la ocurrencia y el impacto aquello que me parece más contundente. Las campañas que se hicieron en Nueva Zelanda, Australia, Escocia e Inglaterra fueron evaluadas y se vio que un cambio era efectivamente posible.

Vertex: ¿Por qué son menos los psiquiatras que concurren a conferencias sobre estigma que los que concurren a las que son sobre cuestiones farmacológicas?

GT: Tal vez se trata de que pensamos nuestro rol principalmente o únicamente en términos de tratar individuos en vez de pensar que proveemos salud mental pública.

Vertex: ¿Por qué este tema tiene menos relevancia durante el grado y el posgrado de médicos y psiquiatras que tantos otros temas? ¿En dónde cree que están los obstáculos?

GT: Existe una discriminación institucional en muchas escuelas de medicina que ven a la Psiquiatría como una especialidad de bajo valor.

Vertex: ¿Cómo es que se interesó en las personas que viven en cárceles?

GT: Porque son personas que experimentan múltiples niveles de exclusión social.

Vertex: Parecería que ha pasado de una perspectiva más conceptual de la evaluación de los servicios de salud a un trabajo más fuerte en la reducción del estigma y su evaluación. Al menos eso me parece si observamos el cambio entre "The Mental Health Matrix" y "Shunned", su último libro... ¿Es así? Si lo es, ¿a qué se debió?

GT: Porque estoy más interesado en descubrir métodos que funcionen para mejorar la cobertura de tratamiento y su efectividad que lo que estoy en modelos conceptuales.

Vertex: Estamos alentando a la gente que busque ayuda en cuestiones de su salud mental pero nuestro mensaje suele ser bastante poco "específico" en cuanto a los destinatarios. ¿Hay alguna posibilidad de que logremos que busquen más ayuda quienes menos necesitan la asistencia y sigamos sin llegar a aquellos que tienen las mayores necesidades? Por ejemplo, en Buenos Aires tenemos una gran población de psicoterapeutas (se calcula que hay un psicólogo cada menos de 200 habitantes) y el psicoanálisis tiene enorme difusión y es ampliamente consumido. Sin embargo, la población que ellos atienden no es principalmente gente con problemas severos de salud mental. ¿Le parece posible que los tengamos sobrecargados de trabajo y aun así la gente con mayores problemas siga sin acceso a los tratamientos?

GT: Creo que especificar el destinatario del mensaje es importante. De este modo, la idea sería que los servicios atiendan primeramente a la gente con la mayor discapacidad y con las necesidades más complejas.

Vertex: ¿Qué nos puede decir de la salud mental en el trabajo? ¿Cómo se interesó por este tema?

GT: El tema principal es la exclusión de la gente que se sabe que tiene un trastorno mental de su puesto de trabajo. Un tema es el presentismo con desempeño deficiente debido a enfermedad mental y otro es el ausentismo debido a causas mentales. En ambos casos, el estigma juega un rol predominante en tanto constituye una barrera para los empleadores y para los empleados para reconocer el problema y acceder a tratamientos efectivos.

Vertex: ¿Cuáles son según su punto de vista las líneas principales de financiación para la investigación en la OMS? ¿Cuáles las esperables para los próximos 10 años?

GT: En realidad, la OMS casi no financia investigación pero otras agencias como el National Institute of Health y el Wellcome Trust están crecientemente interesados en financiar investigaciones globales en salud mental.

Vertex: ¿Qué cree que estaría investigando si viviese en la Argentina?

GT: Probablemente sobre estigma y cómo adecuar los servicios para áreas remotas y rurales ■



**Centro
Psitopatológico
Aranguren**



Desde 1989
CASA DE MEDIO CAMINO Y HOSTAL
CON UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN
Y RESOCIALIZACIÓN PSIQUIÁTRICAS

Directores: Dr. Pablo M. Gabay - Dra. Mónica Fernández Bruno

Paysandú 661 - (C1405ANE) Ciudad Autónoma de Buenos Aires -
Tel. (011)4431-6396 Web: www.centroaranguren.com.ar
Correo Electrónico: info@centroaranguren.com.ar

Trastorno del Desarrollo Intelectual (TDI)

Entrevista a Luis Salvador Carulla

por Ernesto Wahlberg

El 23 de septiembre de 2011 durante la realización del Congreso Mundial de Psiquiatría en la sede de la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA), se celebró un encuentro del Grupo de Trabajo sobre la Clasificación de los Trastornos del Desarrollo Intelectual en la revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE 10 de la Organización Mundial de la Salud (OMS), coordinado por el Prof. Dr. Luis Salvador Carulla, Doctor en Medicina y Psiquiatría, Profesor titular de Psicología Médica de la Universidad de Cádiz y Secretario de la Sección de Retraso mental de la Asociación Mundial de Psiquiatría. En esa ocasión, participando de evento tuvimos oportunidad de actualizar información sobre el tema.

Vertex: La reunión del Comité de revisión de la clasificación del CIE 10 sobre Retraso Mental, que usted coordina, tendrá lugar en los próximos días en Buenos Aires ¿Cómo se constituyó este grupo de trabajo, qué consensos han alcanzado y qué cuestiones están aún pendientes de discusión?

Luis Salvador Carulla: En el 2009 se hizo una discusión en el Comité Asesor de Salud Mental sobre la necesidad de crear un Grupo de Trabajo sobre este tema y se aprobó su constitución. Antes de esto, hubo una reunión preliminar en Londres para ver cuáles eran los problemas en discapacidad intelectual y a partir de ahí se formó el Grupo de Trabajo, y después un grupo extenso con más asesores. En total están trabajando 35 personas de todas las regiones del mundo, de muy diversas procedencias, psiquiatría, psiquiatría infantil, psicología, pedagogía, sociología. Y la pregunta que nos hacemos es cuáles son los problemas de la antigua clasificación, y obrar para mejorarlos.

Un problema fundamental es el nombre, es evidente que Retraso Mental no se puede utilizar más, pero el nombre que se ha propuesto a nivel general, Discapacidad Intelectual (DI), lo que plantea es que el retraso mental no es una condición de salud y entonces tendría que quitarse de las clasificaciones de las

enfermedades y eso supondría un cambio tan profundo, del abordaje de estas personas que tendría muchos más inconvenientes que beneficios.

Teniendo en cuenta estos factores, el primer objetivo del Grupo, fue encontrar un nombre que fuera adecuado y que lo aceptaran tanto quienes proponían el de DI como quienes buscaban otras alternativas y el nombre resultante es: "Trastorno del Desarrollo Intelectual (TDI)", la idea es que ese término no sea excluyente de DI sino que los dos términos sean complementarios. Que uno pueda utilizar el DI y el TDI sabiendo que se refiere a la misma entidad y a dos perspectivas diferentes dentro de la misma.

El otro tema de discusión fue la definición. Ésta tiene varias cosas novedosas. Una de ellas es que habla de los trastornos cognitivos que ocurren en la DI y que menciona la necesidad de plantearlo como un problema del desarrollo. Como sabemos, tanto en el DSM como en el CIE no está encuadrado en los Trastornos del desarrollo de inicio en la infancia y la adolescencia sino que está en otra parte y otra cosa importante es volver a incorporar el tema del aprendizaje como un componente muy importante de la definición.

Vertex: Entonces saldría de estar en eje aparte y pasaría al eje I con todos los trastornos.

LSC: Eso va a ser en DSM, ellos han adoptado alguna de las cosas que hemos propuestos en la CIE porque hay un proceso de convergencia de los dos sistemas. Pero yo no estoy en el DSM.

En la CIE no ha habido ejes, estaba incluido como una categoría aparte y va a estar en una nueva categoría que incluye los que se van a llamar Trastornos del Desarrollo, junto con el Trastorno Autista y otros; con la idea de que estos trastornos van mucho más allá de la psiquiatría infantil, son trastornos que se presentan a lo largo del ciclo vital del sujeto y así hay que considerarlos como un problema de salud muy importante.

Se trata de encontrar la estructura jerárquica, o sea cual es la categoría "madre", y las categorías "hijas" o los subtipos que son importantes. En esto hubo un gran debate porque hay tendencia en nuestro campo a retirar completamente los distintos subtipos basados en el CI, y no hablar más de leve, moderado, grave y profundo. En realidad, cuando se planteó este debate, lo que se vio, fue que no había evidencia suficiente para retirarlos, porque no podemos retirar una tipología solo en base a decir que lo cambiamos. Entonces, relacionado con todo esto se decidió que debían continuar y el debate giró en torno a si se debían agrupar alguno de los subtipos o no. Había algunas personas que considerábamos que se podría simplificar, en dos grandes agrupaciones el leve/moderado y el grave/profundo.

Vertex: ¿No existe aún otro método validado, para separar los subtipos?

LSC: La idea era que las separaciones en subtipos pudieran efectuarse en base a prototipos o sea que definiéramos las características fundamentales de cada subtipo y pudiera hacerse una clasificación fundamentalmente con una base clínica más extensa para la valoración de este problema.

Vertex: ¿En esta determinación más clínica se buscaría alguna articulación con la propuesta de incluir los tipos de apoyo que plantea la Asociación Norteamericana para clasificar subtipos?

LSC: Los subtipos quedan como estaban. Sobre el tema de los apoyos se explica, que esta es una clasificación de diagnóstico, no una clasificación para efectuar un plan terapéutico o un plan de intervención. Entonces, lo que se dice en las propuestas de contenidos, es que esto no es una clasificación única, que hay otras, y que ésta se debe complementar con otras clasificaciones que servirán en muchos otros aspectos. Una de ellas es la que hace al tema de los apoyos.

Vertex: Esos serían los consensos ya logrados. Pero quedan por delante algunas dificultades, como quedaría el subtipo con o sin problema de comportamiento que existe en la clasificación actual.

LSC: La CIE 10 había incluido en la estructura lineal de la definición de retraso mental como una parte nuclear, fundamental, del diagnóstico de la DI los problemas conductuales. Lo que nosotros decimos es que el comportamiento es muy importante, pero no es nuclear a los déficits cognitivos que si bien alteran la capacidad de adaptación, en muchas personas no se acompañan de problemas de conducta. Los trastornos del comportamiento pueden aparecer en cualquier trastorno mental. No definen un subtipo. Lo cual no quiere decir que no tengan importancia como síntomas de evaluación de un problema.

Vertex: ¿Qué otros temas están trabajando?

LSC: Estas definiciones no alcanzan para reflejar todo el contenido conceptual y de revisiones que hay que hacer. Entonces, el grupo se propuso realizar artículos de posicionamiento sobre áreas muy específicas. Un punto sería el de la cognición: hemos dicho que es un problema de alteraciones cognitivas, que tiene que haber una alternativa al CI, pero aquí lo que tenemos que hacer es darnos una visión mucho más amplia de cuáles son estos problemas cognitivos que encontramos ligados a la DI y, por otro lado, también poder efectuar recomendaciones de cómo valorarlos. El problema fundamental es que la mayoría de las escalas que se usan, tienen copyright, no solo está el hecho de que se valore en base al WAIS, sino el hecho de que el WAIS es de una empresa privada, cómo puede ser que estemos definiendo este tipo de problemas y dando unos niveles, cuando para eso hay que comprar un test y validarlo. Tendríamos que tener una escala o un test de valoración neuropsicológica de uso libre y adaptado para las distintas culturas.

Otro punto sobre el que hay que hacer un informe de posicionamiento, es el de funcionamiento. Decir que hay un problema en comportamiento adaptativo y en habilidades no nos es suficiente. Una persona puede tener una capacidad y un rendimiento muy diferente y eso va a depender de los apoyos que pueda recibir y de la integración social. Esto lo plantea y lo valora la Clasificación Internacional de Funcionamiento (CIF). Otro punto es la incidencia en el aprendizaje, respecto del cual ha mucha tarea a hacer. Como puede comprobarse, con este programa de tareas hay mucho trabajo por delante ■

Interrogantes e investigaciones actuales sobre la depresión

Entrevista a Michel Thase

Por Silvia Wikinski

Michel Thase, graduado en la Wright State University en psicología, se recibió de médico, en 1979, en la Universidad de Ohio y actualmente es profesor de psiquiatría en el Medical Center de la Universidad de Pittsburgh. Es un activo investigador en el tratamiento de los trastornos del estado de ánimo. Entre otras distinciones recibió el premio Marie Eldredge Award de la American Psychiatric Association. Ha sido co-autor de más de 340 artículos científicos y capítulos de libros además de ser autor de siete libros de la especialidad y editor jefe del Psychopharmacology Bulletin. En ocasión del Congreso Mundial de Psiquiatría fue entrevistado por Vertex.

Vertex: La primera pregunta que quisiera hacerle es en relación a la serie de estudios STAR-D. De los resultados que van produciéndose en esta serie de estudios parece ir quedando claro que cerca del 40 por ciento de los pacientes resultan resistentes al tratamiento antidepresivo ¿Piensa que las drogas disponibles ahora pueden mejorar en el futuro? ¿Puede anticiparse que las drogas centradas en el mecanismo de acción monoaminérgico serán superadas?

Michel Thase: Usted contestó la pregunta al tiempo que la formulaba. Nosotros pensábamos, quince años atrás, que actuando sobre los tres blancos monoaminérgicos, (con la serotonina probablemente como el más importante), además de la norapenifrena y la dopamina, tendríamos mejores tratamientos. Y resultó que había 10 ó 15 por ciento de pacientes que podían necesitar TEC porque que no respondían a ningún otro de los tratamientos que habían recibido. E incluso hay pacientes que no responden a la TEC porque tienen depresiones más complicadas. Sabemos, además, que hay pacientes que ni siquiera son admitidos en el hospital para este tratamiento. La esperanza sería tener otros blancos moleculares o medicamentos, o incluso recursos psicoterapéuticos que pudieran ser aplicados a esta población especial.

Vertex: ¿Sabe usted de moléculas en estudio que vayan más allá de la hipótesis monoaminérgica?

MT: Otro blanco podría ser el BDNF. También ha habido algunos pocos trabajos con escopolamina.

Vertex: Eso recuerda los viejos antidepresivos con acción antimuscarínica...

MT: Si, ¡los viejos antidepresivos! Podría ser que la escopolamina, en realidad, pase por la acción monoaminérgica finalmente, indirectamente, o tal vez tenga algún otro mecanismo involucrado, GABA.

Vertex: También hay algunos pocos estudios con drogas que actúan sobre el sistema melatonérgico o sobre la señalización de CRF...

MT: Si. El campo con más expansión en los últimos años es el glutamato a través de sus receptores NMDA. Hay algunos trabajos pequeños y bien realizados que emplearon ketamina. Es sorprendente el intentar un tratamiento que en realidad no es posible, debido a los efectos adversos de la ketamina. Sería algo así como suce-

de con la TEC. Las personas vendrían al hospital y recibirían una infusión de ketamina o se darían por algún otro sistema de administración, sin los efectos alucinatorios o psicomiméticos de la ketamina. Lo interesante de esta estrategia farmacológica es que la latencia de acción prácticamente se reduce a horas o un día.

Vertex: Hasta lo que yo se el efecto es casi inmediato.

MT: Sí, horas o incluso un día.

Vertex: ¿Y cuánto dura el efecto?

MT: Nadie lo sabe. Debido a la naturaleza peligrosa del tratamiento, o a la percepción de que el tratamiento es peligroso, los protocolos originales son de una única dosis. Ha habido protocolos de dos o a lo sumo tres dosis. Por lo tanto, los protocolos de largo plazo no se han realizado. Hay alguna esperanza de que medicamentos como la lamotrigina, que tiene cierta acción glutamatergica, podrían ser la continuidad del tratamiento de ketamina. Pero no creo que funcione. No lo creo. He visto pacientes, no en estudios, pero uno de mis pacientes en quien en un contexto terapéutico hicimos la prueba. Había mejorado con ketamina pero tuvo una recaída casi inmediata a posteriori, a pesar de que lo continuamos tratando con lamotrigina, uno de los antagonistas débiles del receptor NMDA.

Vertex: Usted mencionaba BDNF como posible blanco terapéutico. El problema con el BDNF es que la única forma de acceder a su estimulación es a través de receptores de membrana.

MT: Claro, es así. Pero hay otros recursos para estimular su síntesis. El ejercicio físico, sabemos, es un medio para incrementar la síntesis de BDNF. Hay formas de estimular BDNF más allá de la estimulación serotoninérgica. Podría ser posible estimularlo de alguna otra manera.

Vertex: Pasemos ahora al tema del efecto placebo en los ensayos clínicos.

MT: Para un compuesto nuevo, uno debe hacer la prueba contra placebo. El número de pacientes que uno debe reclutar para probar una droga contra placebo es menor que la que se requiere contra un compuesto activo. Pero uno tal vez necesite dos o eventualmente tres estudios contra placebo para que tenga sentido hacer un estudio en el que se omita el placebo o contra compuesto

activo. Hay que continuar mejorando los estudios con placebo, más que dejar de hacerlos. De todos modos ¿por qué la respuesta al placebo en 1980 era de 20 o 25 por ciento y hoy es de alrededor del 40 por ciento? El placebo no es más eficaz hoy que antes ¿no es verdad? Esto puede suceder por muchas causas. En los Estados Unidos los pacientes que son reclutados en los ensayos reciben dinero por su participación. Esto seguramente hace que el interés en mejorar, o en participar en un ensayo científico esté en un segundo lugar. También es posible que los pacientes incluidos en los ensayos no estén tan severamente deprimidos.

Vertex: ¿Y acerca de la condición de "ciego" en los ensayos?

MT: Los estudios han mostrado con claridad hace unos años que el placebo es menos activo en las depresiones más severas. Esto condujo a reclutar en los ensayos pacientes con depresiones más severas, incluso pacientes internados. Lo que en realidad también constituye un sesgo importante para comprender la acción del placebo. Antes se reclutaban pacientes con un valor en la escala de Hamilton de 18 y ahora de 22. Esto constituye un sesgo, ya que la generalización de los estudios también se compromete. La forma en que se recluta a los pacientes tiene mucho impacto en los resultados. Hace poco tiempo se comenzó un estudio sobre depresión ansiosa. Los médicos le decían a un grupo a quien se buscaba reclutar que si tenían ansiedad no podían entrar en el estudio, y a otro que solo si tenían ansiedad podían entrar. Por separado, se tomaba una escala de Hamilton para ansiedad. Había una diferencia de hasta 6 puntos en el mismo paciente según fuera invitado a enrolarse si se le decía que debía tener ansiedad comparado con cuando se le decía que no debía tenerla. Esto es algo que hay que mejorar en los estudios clínicos. En los '90 las empresas farmacéuticas hicieron mucho dinero con drogas que fueron autorizadas a partir de estudios que no eran muy buenos. Ya no tienen la posibilidad de invertir tanto dinero. En los Estados Unidos los ISRS genéricos son una plataforma tan fuerte que por buena que sea una droga le resultará difícil desplazar a los ISRS. Ya no hay posibilidades de ganar billones y billones de dólares con una nueva droga. Las compañías ya no pueden costear estudios mejores.

Vertex: ¿Qué impacto espera que tenga el debate actual entre la perspectiva dimensional y la perspectiva categorial en el tratamiento farmacológico de la depresión?

MT: Creo que lo categorial nunca va a desaparecer. Porque aun cuando mirado en conjunto se puedan sostener dimensiones amplias que incluyan distinta presentaciones clínicas, frente al paciente individual siempre

deberemos poder decir si está o no deprimido, o si es o no bipolar. Debemos seguir atendiendo a los antecedentes de hipomanía o manía, a la severidad de la depresión, a las características del cuadro en ese paciente en particular. La severidad del episodio es un elemento diagnóstico de gran importancia. La ansiedad también es una característica de gran importancia a la hora de definir cuál es el cuadro. Los pacientes son personas que caen o no en determinada categoría diagnóstica. A los individuos no se les pueden aplicar dimensiones. Pero el vicio de cortar y cortar distintas categorías complica la nosografía. De allí el interés de rescatar las dimensiones.

Vertex: ¿En qué medida la investigación sobre endofenotipos podría aplicarse a la depresión y modificar u orientar en el diagnóstico y el tratamiento?

MT: Tal vez algunas características clínicas como el retardo psicomotor, la anhedonia extrema, podrían estar hablando de depresión endógena, que sería distinta de la depresión reactiva. Todavía no parece que tengamos elementos que sean de utilidad clínica directa. Tal vez en el futuro.

Vertex: ¿Cuándo piensa que deben asociarse psicoterapia con farmacoterapia? ¿Hay indicadores clínicos que orienten en estas decisiones?

MT: Las personas tienen que recibir el tratamiento que desean. Si sólo quieren hacer psicoterapia, ese debería ser el tratamiento para ellos. Lo mismo podemos decir de cuando sólo quieren tomar medicación. Yo soy un defensor de la decisión de cada individuo acerca del tratamiento que le resulta más apropiado. Lógicamente esto se aplica mejor en personas con depresiones leves o moderadas. Si uno respeta la decisión del paciente y evalúa la respuesta al tratamiento, se pueden ir corrigiendo las estrategias junto con el paciente.

Vertex: ¿Qué opina acerca de la aplicación de los conceptos de Medicina Basada en Evidencias a la psiquiatría, y en especial a la farmacoterapia?

MT: Creo que la evidencia está contaminada por la gran cantidad de estudios de baja calidad. Debemos trabajar más para mejorar la evidencia. Me gustaría ver que las asociaciones psiquiátricas de cada país promuevan estudios para hacer cumplir los estándares de ética. Por ejemplo, hay algunos aspectos de la farmacoterapia para los cuales no tenemos ninguna evidencia: ¿es mejor cambiar de antidepressivo o agregar un segundo

fármaco cuando se observa depresión resistente? Para esto no tenemos respuesta proveniente de la evidencia. Pero estos estudios cuestan dinero. ¿Ustedes tienen alguien que trae regalos en Navidad? Bueno, nosotros en psiquiatría no tenemos un Santa Claus que nos regale conocimientos. Debemos obtenerlos. Además, dado que la Psiquiatría es una especialidad muy dependiente del contexto cultural y social, cada país o cada comunidad debería tener sus propias evidencias. No hay evidencias universales en nuestra especialidad. En cada parte del mundo los colegas deberían explicar por qué creen que determinada evidencia no se aplica a ellos, y deberían obtener la propia evidencia. Por otro lado, creo que en el futuro el peso de la industria no va a ser tan grande como lo fue en décadas pasadas. Como la industria tiene ahora menos peso que antes, y no se va a permitir la participación de gente muy involucrada con intereses de la industria la gente no va a estar tan motivada a sesgar sus opiniones o sus consensos en función de sus intereses. Además, ahora se ha vuelto una obligación que estén disponibles los ensayos no publicados. Todo esto abre a la información pública datos que pasan a formar parte de la evidencia. Esto no sucedía hace diez años y ahora sí.

Vertex: Una última pregunta. En todas las guías de tratamiento los ISRS son la primera línea. ¿Usted trata pacientes, verdad?

MT: ¡Claro!

Vertex: La pregunta es: ¿Cómo elige usted cuál ISRS prescribe primero a sus pacientes?

MT: No hay una respuesta racional a esa pregunta. Es como elegir qué automóvil comprar. Depende de varios factores. En primer lugar tengo en consideración el costo del tratamiento, en caso de que para el paciente este sea un aspecto importante. En ese caso elijo algún ISRS para el que contemos con genéricos. Otro de los factores que tengo en cuenta es la característica de la depresión: si hay más fatiga o el riesgo de efectos adversos sexuales es muy preocupante, tal vez elija bupropion. Si no, en general, prescribo fluoxetina, sertralina o escitalopram. Hace diez años pensábamos que los duales eran más eficaces y rápidos que los ISRS. Hoy no estamos tan seguros. Si es difícil diferenciar el efecto entre un antidepressivo y el placebo, ¿cómo podríamos diferenciar antidepressivos entre sí? ■

Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL)

Declaración del Río de la Plata

18 de septiembre de 2011

Dr. Enrique Camarena
Presidente de APAL
y miembros del Comité Ejecutivo.



(La presente Declaración fue elaborada en base a los distintos aportes de las Sociedades Nacionales titulares y a las reuniones de las Sociedades Nacionales integrantes de APAL, en Montevideo y Buenos Aires en mayo y septiembre de 2011). ()

Introducción

Los psiquiatras reunidos y organizados como entidad federativa a través de sus asociaciones nacionales en el seno de la Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL), en nuestra condición de profesionales y ciudadanos, concientes de los cambios necesarios en nuestro continente en materia de atención psiquiátrica y de las condiciones de la Salud Mental de nuestros pueblos y

CONSIDERANDO:

- Que actualmente las políticas públicas de Salud están en revisión en todo el mundo.
- Que el Estado debe funcionar como garante de la Salud Pública de todos los habitantes y que éstos deben gozar de su inalienable derecho a la salud.
- Que la salud mental de una población está determinada por la interacción de factores biológicos, psicológicos, económicos, sociales y culturales.
- Que la atención en el campo de la Salud Mental debe resguardar y preservar los derechos humanos de las personas con trastornos mentales y de sus familias.
- Que si bien los trastornos mentales son de etiología multifactorial, básicamente su abordaje es de orden médico.
- Que es responsabilidad del médico psiquiatra lograr la mejor atención de las necesidades de las personas con trastornos mentales.

PROCLAMAMOS y sostenemos los siguientes principios que expresan nuestra adhesión a los fundamentos éticos, de defensa de la Salud Pública, del rol profesional y del compromiso social que sostiene e impulsa nuestra entidad:

1. Implementar una Salud Pública universal, gratuita y efectiva, que brinde todos los recursos necesarios para una atención integral en Salud Mental que garantice los derechos humanos y civiles de los pacientes y sus familias.
2. Basar la prevención, el tratamiento y la rehabilitación, en la clínica y la psicopatología, y en el diálogo permanente con los pacientes, sus familiares y sus redes de pertenencia.
3. Fortalecer el enfoque de trabajo multidisciplinario en el campo de la Salud Mental, con respeto de las competencias e incumbencias profesionales inherentes al rol de cada uno de sus integrantes.
4. Establecer condiciones de trabajo saludables y de remuneración justa para todos los profesionales de la Salud Mental.
5. Incentivar una educación universitaria de grado y postgrado, y el fomento de la investigación, docencia y capacitación profesional, orientadas a las necesidades de Salud Mental de cada país.
6. Promover la lucha contra el estigma sobre los trastornos mentales, a través de políticas dirigidas a los medios de comunicación, orientadas a brindar una correcta información y psicoeducación a nivel comunitario.
7. Reorganizar la atención psiquiátrica con un sistema regionalizado de dispositivos sanitarios que conformen servicios de complejidad creciente, desde las redes primarias de Salud Mental a nivel comunitario, hasta los hospitales psiquiátricos de alta complejidad.
8. Formular una legislación efectiva de Salud Mental, elaborada en consenso con las organizaciones profesionales y científicas de psiquiatría de cada país. Dicha legislación debe cumplir los presentes principios sin sesgos ideológicos.



el rescate y la memoria

Dos psiquiatras argentinos en el 1º Congreso Mundial de Psiquiatría: Enrique Eduardo Krapf y Carlos R. Pereyra

El Primer Coloquio del 1º Congreso Mundial de Psiquiatría tuvo lugar el viernes 22 de septiembre de 1950 en el anfiteatro Richelieu de La Sorbona. Su título fue "Psicopatología de la despersonalización" y fue presidente de la sesión Benjamín Logre -quien es recordado por la descripción de los Delirios de imaginación, junto a su maestro Ernest Dupré-. En el Coloquio se presentaron dos trabajos centrales elaborados por Sven Follin psiquiatra francés, quien disertó sobre "El proceso de despersonalización" y Enrique Eduardo Krapf, que hizo lo propio con el título "Acerca de la despersonalización" (que reproducimos íntegramente a continuación). Krapf, psiquiatra de origen alemán, debió exilarse a causa de la persecución nazi y, luego de una estancia en Francia e Inglaterra se radicó en Buenos Aires entre 1933 y 1953, año en el que partió a Ginebra, Suiza, para trabajar en la OMS. Durante su estancia en el país adoptó la nacionalidad argentina y produjo una obra central para nuestra especialidad. Ambas exposiciones fueron comentadas por varios especialistas en el tema quienes dieron sus opiniones sobre los informes de Follin y Krapf, agregando comentarios y reflexiones de sus propias perspectivas respecto del fenómeno de despersonalización. La sola mención de los nombres de los comentaristas permite apreciar la riqueza del debate que fue íntegramente publicado junto a los informes mencionados en las Actas del Congreso¹: después de una breve síntesis realizada por Logre, sucesivamente hicieron uso de la palabra Victor Frankl de Viena, Juan José López Ibor de Madrid, Wilhem Mayer Gross del hospital de Dumfries, Inglaterra, Edouard Minkowski de Paris, Carlos R. Pereyra (el otro psiquiatra argentino presente en el evento, cuya intervención también se reproduce en esta Sección), los ingleses Clifford M. Scott y Hyam Joseph Shorvon, el portugués J. Seabra Dinis y el austríaco Hans Strotzka.

J. C. S.

Acerca de la despersonalización Enrique Eduardo Krapf (Buenos Aires)

En la actualidad es casi clásico describir la despersonalización como un síndrome doble que consistiría en la *despersonalización propiamente dicha* y la *desrealización*. En los dos aspectos mencionados se trataría de una experiencia de *extrañeza*, y la diferencia entre estos solo residiría en los objetos: el yo por un lado, y el *mundo* por el otro.

Estoy convencido de que esta noción no es del todo correcta y la estructura psicopatológica de la despersonalización es, en realidad, mucho más complicada.

Es verdad que los enfermos se quejan habitualmente y ante todo de la *irrealidad* y la *no-familiaridad* de todo lo que perciben. Pero si profundizamos el interrogatorio, encontramos, en general, que existe también, más allá del

¹ Ey H, Marty P, Dublineau J. *Premier Congrès Mondial de Psychiatrie*. Tome I, Psychopathologie Générale. Comptes rendus des séances. Hermann Éditeurs, Paris, 1952.

trastorno perceptivo, una alteración del *yo perceptor*, y en este nivel los despersonalizados no se quejan de *extrañeza sino más bien de debilidad*. La auto-observación incesante de estos pacientes cuya importancia fue demostrada por SCHILDER y ratificada por REIK, STOERRING, HAUG, SHORVON y muchos otros, está siempre, efectivamente, en relación con una experiencia de *insuficiencia* y de *impotencia*: no es raro encontrar a despersonalizados que, al menos durante cierto tiempo, temen estar enfermos de los órganos sensoriales, especialmente de los ojos y que, por causa de esto, consultan a médicos generalistas o incluso a oculistas antes de hacerse examinar por un psiquiatra.

Hay entonces en la despersonalización *dos tipos de alteración del yo*. La primera se refiere al yo en tanto *objeto* y no es, en realidad, otra cosa sino una *desrealización del cuerpo*. Haciendo uso de una terminología introducida por WERNICKE hago el paralelo entre este aspecto del síndrome, como *desrealización somato-psíquica*, y la *desrealización alopsíquica*, idéntica a lo que MAPHOTER y MAYER-GROSS llamaban simplemente *la desrealización*. Opongo, sin embargo, esta *desrealización del mundo de percepción entero* (cuerpo y medio ambiente) a la *desanimación* en la cual el yo está afectado en tanto *sujeto* y que, según mi opinión, posee una *primacía genética* indiscutible sobre la desrealización, ya sea somática o alopsíquica, del cuerpo o del medio ambiente.

No soy el primero en aplicar la terminología wernickeana a los problemas de la despersonalización. HAUG, por ejemplo, habla ya de una "división" del síndrome en "auto-psíquico", "somato-psíquico" y "alopsíquico". Creo, sin embargo, que es un error tratar de querer colocar fenómenos que tienen lugar en el yo psíquico en el mismo plano que aquellos que se refieren al yo corporal y al mundo ambiente. No se trata de tres tipos comparables de despersonalización como parece creer HAUG. Lo que vemos es un "trastorno generador", la desanimación, y dos "aspectos secundarios", las dos formas de la desrealización.

Esta concepción "jerárquica" se basa, ante todo, en el simple *análisis fenomenológico*. "Mi yo sigue siendo el mismo, pero no funciona normalmente", me dijo una de mis enfermas cuando le preguntaba a qué atribuía ella todos los cambios extraños que me había descrito con respecto a sí misma; y formulaciones similares aparecen casi siempre cuando uno insiste en una explicación de la experiencia del contraste entre lo real objetivo y lo irreal subjetivo. Von GEB-SATTEL habla en ese contexto de un trastorno de la "relación simpatética básica" (E. STRAUSS) y, un poco más tarde, de la pérdida de la "potencialidad" existencial que "repercute" en el "mundo de la existencia" (*Daseinwelt*). Pero esta formulación ontológica no es superior, en el fondo, a la que encontró uno de mis enfermos. "No participo más en la vida, y me siento transformado en espectador; *es por eso que todo me aparece como [si fuera] teatro*".

La primacía genética de la desanimación es resultado también, sin embargo, de la apreciación de ciertos *hechos clínicos*. Me parece, efectivamente, que conocemos *despersonalizaciones sin verdadera desrealización pero que no hay despersonalización sin verdadera desanimación*.

En cuanto a las *despersonalizaciones sin desrealización* hay que decir que naturalmente el mundo de los enfermos de este tipo no es del todo normal. Hay que aclarar, sin embargo, el hecho de que ellos no describen esta anomalía en términos sensoriales, sino expresamente como una insuficiencia "central". "Veo todo, pero no lo vivo", me dijo un enfermo acerca de su mundo ambiente; y otra, al referirse a su cuerpo, formuló: "No es que mi cuerpo sea diferente; lo que pasa, es que no reacciona como antes". MAYER-GROSS menciona una autodescripción de este tipo que me parece especialmente fina: "The world is clear to me, but not to myself"¹.

El hecho de que no hay despersonalización sin desanimación está claramente puesto en evidencia cuando se estudian las *desrealizaciones corticales*. Hay, efectivamente, ciertas agnosias -en la esfera óptica o en el nivel de la imagen del yo- que están acompañadas por nociones de irrealidad y "no-familiaridad", muy parecidas en la superficie a las desrealizaciones de los despersonalizados. Un estudio fenomenológico más minucioso muestra, sin embargo, que se trata de experiencias esencialmente instrumentales en las cuales el yo no está implicado más que secundariamente. Hay que admitir que en ciertos casos (del tipo descrito por CHARCOT y WILBRAND) la diferenciación puede ser difícil porque la agnosia llega a constituir el "material" de una despersonalización, de igual manera que una afasia amnésica leve (o, en realidad, un síndrome amnésico cualquiera) "entra" fácilmente en una represión neurótica. En la mayoría de los casos, sin embargo, sobre todo en aquellos de desrealización *hemianóptica* o *hemianosoagnósica* (EHRENWALD, VON STOCKER, KRAPP), es muy evidente que la pérdida del carácter de realidad del mundo que presentan estos enfermos está *mucho más alejada del yo* que aquella que acompaña a la despersonalización. Creo que es más que un juego de palabras si decimos que el mundo de los *agnósicos* es *no-familiar porque es irreal*, y aquel de los *despersonalizados* *irreal por causa de su no-familiaridad*².

El mundo es familiar para nosotros cuando tenemos con él una *relación afectiva positiva*. Amar al mundo significa querer reunirse con él, y el mundo es "amable" en la medida de su "reunibilidad" con la persona. Creo que la concepción misma del objeto nace de la experiencia precoz displacentera de que hay realidades opuestas a la reunión con la persona. De todos modos, todos sentimos una ecuación afectiva entre el objeto no-amable, por un lado, y lo extraño por el otro.

¿Quién no tuvo la oportunidad de experimentar cuánto cambia una persona cuando hemos dejado de amarla? Ya no nos impresiona como la misma persona, nos parece extraña, es como si se hubiera transformado de algo especial en algo corriente y vulgar. Decimos que ahora la miramos "más objetivamente", y con esto

¹ N. del E.: "El mundo está claro para mí, pero no para mí mismo". En inglés en el original.

² Me parece que las "despersonalizaciones" que tendrían nacimiento en una "obnubilación oniroide" ("*traumhafte Benommenheit*" de Störing) no son, en esencia, sino desrealizaciones corticales.

expresamos muy correctamente que una persona amada se ha transformado, al menos parcialmente, en un "objeto" impersonal.

Dado que en cierto nivel de nuestra organización personal conservamos durante toda nuestra vida el animismo ingenuo de nuestra infancia, hay fenómenos similares también fuera de la esfera de las relaciones interpersonales. Estrictamente hablando, no hay para nosotros ningún objeto completamente impersonal. Cuando más positiva sea nuestra relación con un objeto, más personalidad parece este tener: los objetos tienen una "fisonomía" proporcional a nuestra simpatía "interpersonal" con estos.

El término mismo de "no-familiaridad", indica por otra parte la naturaleza originalmente instintiva del desorden. Nuestro animismo de adultos es evidentemente un residuo nostálgico de la época en la que nuestro mundo estaba constituido por la familia, sobre todo por la madre, con quien aspirábamos a permanecer unidos, sin la necesidad de aceptar jamás un mundo "objetivo" y por ende forzosamente extraño.

La desanimación se nos presenta entonces ahora de una manera más concreta como una *incapacidad de amar*. Esto concuerda con la opinión de von GEBSTLEL quien, como acabo de decir, reconoció en el fondo de la despersonalización un trastorno de la "relación simpática básica". Pero ¿no habría que ir más lejos y buscar la *significación psicosomática* de ese desorden? Decía que el elemento constitutivo de la desanimación es la experiencia de debilidad y de impotencia. ¿No es sugestivo, a la luz de nuestras consideraciones acerca de las relaciones entre esta y la incapacidad de amar, que SADGER describiera a un despersonalizado que experimentaba un paralelismo entre su despersonalización y la extensión de su pene? Constató que un cierto grado de impotencia genital y de frigidez se observa aparentemente en todos los casos de despersonalización, hecho que hasta ahora no ha concitado la atención que merece. No es por lo tanto una fabricación de teorías en el vacío el interpretar la despersonalización como consecuencia de *una retirada narcisística de la libido* (SCHILDER, NUNBERG, REIK). La observación clínica directa ratifica el origen instintivo de la desanimación de manera tan concluyente como la de la investigación psicoanalítica.

Agrego que el estudio fenomenológico profundo aporta en este mismo sentido algunos datos interesantes. La mayoría de los investigadores modernos está de acuerdo en que el desorden del yo (en la terminología: la desanimación) del despersonalizado se manifiesta en el terreno de los sentimientos, ya sea de los "sentimientos de actividad" (LOREY, STÖRRING, FRIEDMAN, etc.) o sentimientos en general (OESTERREICH y muchos otros). A partir de SCHELER sabemos que los sentimientos no son "estados" puros sino muchas veces "experiencias intencionales". Personalmente creo que no hay ningún sentimiento que no se refiera a un objeto, ya esté este en el medio ambiente o en el propio cuerpo, y veo en esta referencia la expresión del *interés instintivo*

en el cual nace la vida sentimental. Desde este punto de vista, sin embargo, me parece imposible hablar de una "inhibición de sentimientos" (y menos todavía de una "disminución de sentimientos de actividad") sin admitir automáticamente la *naturaleza primitivamente instintiva* del desorden. Porque es evidente que solo al fundamentarnos en esta concepción podemos comprender cómo un estado (afectivo) del yo puede manifestarse en una modificación (perceptiva) del mundo.

Confieso que creo que todo estado sentimental está acompañado por una "repercusión en las referencias". No es casual que, para describir un estado de alegría o de tristeza hablemos de "ver el mundo a través de anteojos rosas o grises". En general, sin embargo, sentimos que el *acento fenomenológico* de un sentimiento está claramente *en el yo*, y la despersonalización se diferencia justamente por el hecho de que en ella el acento se desplaza de manera característica *hacia el mundo*. Es verdad que ese desplazamiento no está siempre igualmente marcado, hemos visto que hay algunas despersonalizaciones en las cuales la desrealización propiamente dicha no juega ningún rol importante, y los despersonalizados que sufren ante todo por su desanimación son incluso muy frecuentes. Sin embargo, esto no cambia el hecho esencial; en la despersonalización existe una tendencia a experimentar el desorden afectivo en las "referencias".

Conviene ahora preguntarnos a qué se debe ese desplazamiento mencionado. ¿El deprimido no podría limitarse a sentir simplemente tristeza? ¿El fatigado no podría directamente acusar [padecer] su disforia? ¿Por qué existe la experiencia de un trastorno perceptivo cuando, en realidad, se trata de una alteración afectiva de origen instintivo?

Creo que podemos acercarnos a la solución de este problema si por un momento reconsideramos las desrealizaciones corticales mencionadas más arriba. Nos pareció característico para estos estados que el desorden en ellos estuvo más *alejado del yo* que en la despersonalización, y ahora podemos comparar esta situación con aquella que acabamos de verificar con respecto a la localización de los sentimientos *en [dentro de] el yo*. La desrealización tiene por lo tanto para nosotros el carácter de una *tentativa de alejar del yo un afecto displacentero*, dicho de otra manera: de *un mecanismo de defensa* destinado a proteger al yo³.

No es dudoso, en efecto, que una disminución de la catexis instintiva pueda constituir una amenaza muy grave para el yo. MINKOWSKI, STRAUS, VON GEBSTLEL y otros nos enseñaron qué cantidad de angustia se forma cuando hay, por una disminución de las energías vitales, una modificación del tiempo personal ("inhibición del devenir" en el sentido de HEIDEGGER). Desplazar el acento fenomenológico hacia las "referencias" significa aparentemente experimentar el desorden vital, fundamentalmente *temporal*, en el dominio más objetivo del *espacio*. Alejada del yo, la impotencia puede ser tolerada. Debe ser un alivio considerable el poder decir,

³ Noto con placer que C. P. OBERNDORF que antes propagaba una teoría muy diferente llega, en su último trabajo (1950), a considerar la despersonalización como "una defensa contra la angustia".

como lo hizo una de mis pacientes: “Sé que soy yo; lo que sucede, es que no me reconozco”.

Entendemos, desde este punto de vista, por qué la despersonalización aparece sobre todo en individuos diferenciados. Poseen, evidentemente, una capacidad especial para la elaboración espacial de experiencias fundamentalmente temporales (vitales). Pero comprendemos también otra cosa: la limitación de los fenómenos de despersonalización en estados psicopáticos menos intensos. Una regresión narcisística más profunda le quitaría al yo toda relación positiva con el mundo y la obligaría por eso mismo a mecanismos defensivos más radicales. Quejarse de una “no-familiaridad” del mundo, implica, después de todo, que la categoría de “familiaridad” no está todavía perdida. Cuando, por el contrario, la alienación aumenta, hay un paso de la *extrañeza* a la *hostilidad*. En otros términos; en lugar de la *despersonalización*, se instala el *delirio*.

Existe una experiencia susceptible de ser inmediatamente comprendida: lo *extraño* adquiere con cierta facilidad características de *hostilidad*. No es por casualidad que la literatura barata y el cine sensacionalista elijan para los roles terroríficos con tanta predilección a alienados o extranjeros exóticos. En el mismo sentido, no es tan raro que un despersonalizado conciba a ciertos aspectos de su mundo “no-familiar”, al menos pasajera y como hostiles. Es sin embargo un grave error considerar a la despersonalización como una especie de delirio atenuado o diluido. Evidentemente no puedo discutir aquí la psicopatología de esos delirios, pero querría precisar que según mi opinión los delirios paranoicos e hipocondríacos se constituyen como reacciones a regresiones narcisísticas tan profundas que al mundo “amable” se le ha sustituido por completo el mundo “objetivado”. Como parece ser más tolerable vivir en un mundo hostil que en un mundo que carece totalmente de relaciones interpersonales, el yo angustiado prefiere proyectar al menos sus fantasías destructivas sobre los “objetos”, para “*repersonalizarlos*” así en forma autística.

El mundo del delirante no es entonces *ni familiar ni no-familiar*; es un mundo privado que tiene para el yo patológico una realidad indiscutible muy similar a la que posee el sueño para el yo onírico.

HAUG, SHORVON y otros tienen razón, sin duda, si insisten en el hecho de que no hay fenómenos de despersonalización en la paranoia. Querría agregar que en mi opinión no la hay tampoco en la hipocondría sistematizada. Ocasionalmente se puede observar que en el curso de la intensificación de un estado psicopático, a una despersonalización la sustituyó un delirio. Pero tales cambios no son nunca de naturaleza cuantitativa, la despersonalización y el delirio se diferencian cualitativamente (por la naturaleza diferente de los mecanismos defensivos que imponen las situaciones psicológicas respectivas).

Nos queda naturalmente el problema de saber por qué la libido se retira, y ese problema sin duda es solo

en parte de naturaleza psicopatológica: parece indiscutible que la regresión responsable de ello nace, en muchos casos, en un proceso psicopatológico de naturaleza puramente somática. Si bien es verdad que el “nivel de regresión” no está siempre determinado por un “*nivel de fijación*” de origen psicopatogénico, sino a veces también por un “*nivel de labilidad*” de naturaleza fisiológica (por ejemplo hereditario), hay que recordar también que los mecanismos puramente psicodinámicos no funcionan sin la participación de ciertas estructuras cerebrales. En ese sentido, es interesante notar que la despersonalización no aparece ni en las oligofrenias más profundas ni en los estados demenciales plenamente desarrollados, y es quizás especialmente característico que ese síndrome de ubicuidad clínica tan conocido no se haya nunca observado en la parálisis general (HAUG).

Creo que estos hechos se vuelven más explicables si nos acordamos de que la *autocrítica* bajo todas sus formas (o el *superyo*, en terminología psicoanalítica) necesita, para su funcionamiento, la conservación de las estructuras corticales más desarrolladas, sobre todo en el nivel de los lóbulos frontal y orbital. No quiero decidir si el retiro de la libido, que es, según mi opinión, el responsable de la aparición de la despersonalización, se debe *siempre* a la acción de un superyo de constitución puramente psicológica. Es excesivamente probable que este sea el caso en las despersonalizaciones de los *obsesivos* y de muchos depresivos, y que la ausencia del síndrome en los maníacos puros constituya ciertamente una contraprueba muy sugestiva. Ocurre probablemente lo mismo en ciertos esquizofrénicos despersonalizados. Es interesante en este contexto que GARMA haya podido basar su teoría psicológica de la esquizofrenia en observaciones de este tipo⁴. Pero incluso si este punto queda en suspenso (quizás porque es por principio imposible llegar a una decisión definitiva) tenemos siempre el hecho de que en toda despersonalización hay un conflicto entre las fuerzas (históricas o estructurales) que *inhiben* o aquellas que *favorecen* la satisfacción vital de “abrazar el mundo”.

¿Es necesario decir expresamente que la auto-observación incesante y exagerada de la cual hablaba en el comienzo, en relación con la impotencia de la desanimación, es, a su vez, una manifestación obligatoria de esta estructura? Hay algo de “frío” en toda observación sistemática, y no protestaría si alguien tratara de tomar ese “frío” como punto de partida para un “análisis existencial” del síndrome de despersonalización. La manera de existir del “pensamiento puro” es, según KUNZ, “la expatriación” (*Heimatlosigkeit*) del hombre que pierde su seguridad de una relación familiar con su mundo limitado. En ese sentido el acto puro del pensamiento es justamente lo contrario de la proximidad amorosa; es la anticipación de la “muerte posible”, la existencia en el frío intolerable de un país extraño. Retengamos, para este propósito, la fina observación de REIK: “Quien no siente amor, no vive, es un autómatas. No poder sentir amor es inconscientemente idéntico a estar muerto”.

⁴ La literatura psicoanalítica (REIK, SEARL, FEDERN, HENDRICK, etc.) contiene un rico material de observación acerca de la existencia de un Super-yo [superego] cruel y agresivo para la psicogénesis de la despersonalización. El hecho que SHORVON encuentra, entre sus observaciones, 88% de tipo obsesivo sirve, sin duda, de confirmación a tales concepciones.

No sería difícil pasar de aquí al terreno de la especulación pura. Se podría, por ejemplo, poner en relación “la expatriación” del pensador auto-observador con el “sentimiento de vacío” descrito en un caso interesante por von GEBSATTEL y demostrar que la existencia en el vacío no es sino un aspecto parcial de la existencia en el exilio que es el destino de aquellos que no pueden amar. Pero esto no sería sino un comienzo. No hay muchos síndromes psiquiátricos que conduzcan con tanta faci-

lidad a la meditación filosófica como al despersonalización. Es la “existencia” del yo y del mundo que está en discusión aquí, y no es sorprendente que problemas de este tipo hagan cosquillas a nuestra inquietud ontológica. Preferimos, sin embargo, no entrar en este dominio; lo psicopatológico es, ante todo, una ciencia de hechos, y hace bien en permanecer dentro de las fronteras de lo empírico.

Referencias bibliográficas

1. Charcot, J. M.- *Progrès méd.* 1883, 568.
2. Ehrenwald, H.- (a) *Mtschr Psychiatr.*, 75,79, 1931;
(b) *Nervenartz*, 4, 681, 1931.
3. Federn, P.- (a) *Int J Psychoan*, 7, 434, 1926;
(b) *Int J Psychoan*, 9, 403, 1928.
4. Friedman, E. B.- *Zbl Neur.*, 78, 559, 1936 (Ref.).
5. Garma, A.- *Rev de Psicoan.*, 2, 56, 1944-45.
6. Gebsatel, V. E. v- *Nervenartz*, 10, 169, 1937.
7. Haug, K.- *Depersonalisation und verwandte Erscheinungen. Handb. d. Geisteskr.* (Bumke) Erg.-Bd. I Berlin, 1939.
8. Heidegger, M.- *Sein und Zeit*, Halle, 1931.
9. Hendrick, I.- *Int J Psychoan*. 12, 313, 1931.
10. Krapf, E.- *Rev. Univ. B. Aires. IIIra. Época*, 59, 1944.
11. Kunz, H.- *Die antropologische Bedeutung der Phantasie*. Basel, 1946.
12. Löwy, M.- *Prag Med Wschr.* 1908, 443.
13. Mapother, E; v. Mayer Gross, W.- *Brit J Med Psychol.* 15, 103, 1935.
14. Minkowski, E.- *Le Temps Vécu*. Paris, 1933.
15. Nunberg, H.- *Int J Psychoan*. 10, 17, 1924.
16. Oberndorf, C. P.- (a) *Int J Psychoan*. 15, 271, 1934;
(b) *Int J Psychoan*. 31, 1, 1950.
17. Oesterreich, K.- *Phaenomenologie des Ich*, Leipzig, 1910.
18. Reik, Th.- *Wie man psychologie wird (Depersonalisation und Psychologie)*, Wien, 1921.
19. Sadger, I.- *Int Z Psychoan*. 14, 344, 1928.
20. Scheler, M.- *Der Formalismus in der Ethik*. Halle, 1927.
21. Schilder, P.- (a) *Selbstwusstsein und Persönlichkeitsbewusstsein*. Berlin, 1914;
(b) *Entwurf zu einer Psychiatrie auf Psychoanalytischer Grundlage*, Wien, 1925.
22. Searl, M. N.- *Int J Psychoan*. 13, 329, 1932.
23. Shorvon, H. J.- *Proc Roy Soc Med.* 39, 779, 1945-6.
24. Stockert, F. G. v.- *Zbl Neur.* 75, 714, 1934.
25. Störring, E.- *Arch f Psychiatr.* 98, 462, 1933.
26. Straus, E.- (a) *Mtschr Psychiatr.* 68, 640, 1928;
(b) *Vom Sinn der Sinne*. Berlin, 1935.
27. Wernicke, K.- *Grundriss der Psychiatrie*. Leipzig, 1900.
28. Wilbrand, H.- *Die seelenblindheit*. Wiesbaden, 1887.

Carlos R. Pereyra (Buenos Aires)

M. Dugas propuso por vez primera en la *Revue de Philosophie* este término para referirse a un trastorno subjetivo, que en lo fundamental es una oscura noción de cambio de la personalidad, insuficiencia de participación sentimental e incapacidad ejecutiva.

Andando el tiempo pudo verificarse la extensión de este cuadro en la patología, abriendo la escena de algunas afecciones o caracterizando el período de estado de otras, por lo que adquiere la vastedad de un síndrome; de consiguiente su psicopatología varía con el proceso clínico.

Por lo general, el paciente no tiene la sensación de plenitud de sus propias vivencias. Su yo comienza a serle extraño como si en él hubiera sobrevenido una transformación indescriptible, no atribuible en el primer momento a causa alguna. El malestar es principal y primitivamente referido a lo psíquico, pero en ocasiones se extiende a lo físico, entonces al observarse no se reconoce o advierte cambios indefinibles. Todas sus reacciones le parecen de autómatas, la sensibilidad se halla como embotada y la realización del mundo externo aparece como deforme y artificiosa.

Con frecuencia se trata de una melancolía a forme simple donde la profundidad del dolor moral es menos viva que el penoso registro de su apatía y embotamiento de la sensibilidad. El enfermo sufre porque nada de lo que ordinariamente lo conmovía, traspasa el umbral de sus emociones, siente como un espectador inerte frente a un mundo que se aleja, que él deja ir por incapacidad de retenerle, de captarlo, quedándole la amarga sensación de su glacial y patológica indiferencia. En ocasiones sus quejas, aunque paradójicas, son sobrado elocuentes: sufren porque no pueden sufrir.

Estos cuadros complicados a veces con más tardías manifestaciones hipocondríacas, pertenecen en su mayoría a verdaderas depresiones endógenas, que pasan inadvertidas como tales, en hospitales y clínicas.

El proceso obedece aquí a una decadencia inicial y primitiva del tono afectivo y una cuidadosa anamnesis descubre oscilaciones cíclicas y periódicas del ánimo.

La despersonalización aqueja también a los neuróticos agotados e hiperemotivos. Aquí no se trata sin embargo de una dolorosa indiferencia ni de un estado depresivo

inicial. El sujeto víctima de un autoanálisis implacable, viviendo en el perpetuo contralor de todas sus vivencias, llega de algún modo a perder la espontaneidad, cuando algo surge en él, por simple que sea es objeto de una crítica desmenuzadora; por este camino se llega a la penosa dicotomía del individuo que observa y del individuo que experimenta. El sujeto ya no "vive" naturalmente. Nada escapa a esa crítica minuciosa: las ideas, los actos, los gestos, son descompuestos por el análisis, no engranan fluidamente y acaban por parecer artificiosos y antinaturales. Tal estado culmina en la extrañeza angustiante de la propia personalidad. El proceso tiene aquí un substratum constitucional y deriva de hábitos morbosos.

En la esquizofrenia, más frecuentemente que en ningún otro caso, el sentimiento de despersonalización, inicia la enfermedad. El proceso invade al individuo desde sus primeros desajustes con el mundo circundante. La falta de plenitud de los actos, la insuficiencia volitiva, la incapacidad de la anticipación de los fines pragmáticos, el entorpecimiento del curso del pensamiento, poco a poco culminan en ese particular sentimiento de extrañeza acompañado de la sensación angustiante de ese cambio, que amenaza al yo en su aspecto más valioso de ente que decide, Pero aquí lo anímico pronto se proyecta a lo físico, el sujeto no se reconoce frente al espejo, la cara, las manos o los órganos han sufrido una transformación y pronto la justificación delirante entra en escena, atribuyendo al mundo de personas y cosas influencias deletéreas sobre su personalidad total. La despersonalización esquizofrénica deriva a mí ver, de un proceso fisiopatológico: la interceptación.

En la transición psíquica puberal y juvenil y sin que medie una enfermedad propiamente dicha, un obscuro sentimiento de extrañeza de la propia persona suele embargar a la mayoría. La confrontación de sí mismo en un mundo de valores nuevos y por consiguiente inciertos, la tendencia a las abstracciones del pensamiento, la impresión subjetiva de videncia frente a hechos a ideas que se le revelan por vez primera, pero que le permiten creer por momentos que veo y mejor que todos; los duros contrastes con la realidad y las mil alternancias de sobrevalorización y minusvalía, traen un azarosa incertidumbre y un frecuente estado de ánimo fluctuante e inseguro, que felizmente termina buscando apoyo en los demás ■



confrontaciones



Historia del publicitado “manicomio” de Allen, Río Negro

Jorge Pellegrini

Médico Psiquiatra

*Ex Director del Hospital Escuela de Salud Mental, San Luis, Prov. de San Luis
Premio Geneva (WPA) al trabajo en defensa de los Derechos Humanos en Salud Mental
E-mail: pellegrini.jorge@gmail.com*

Introducción

El presente trabajo tiene por único fin tratar esclarecer la existencia en un momento concreto (1985-1993), de un hospital monovalente dedicado a la atención de pacientes psiquiátricos en la ciudad de Allen (Río Negro), sus eventuales características, tareas e historia, sus fechas de fundación y cierre, en caso de que tales hechos hubieran sucedido. Al referirnos a esta indagación sobre dicha institución monovalente, nos estamos refiriendo al Hospital Neuropsiquiátrico o manicomio, o cualquier otra denominación sinónima con la que se haya designado a dicha institución en documentos o publicaciones escritas de origen sanitario, profesional, oficial o institucional.

De tal modo, no forma parte de este trabajo el análisis de las concepciones, ideas, teorizaciones, experiencias en Salud Mental llevadas a cabo en dicha provincia, sus planes, logros, resultados, ni la tarea realizada por profesionales y trabajadores de la Salud Mental que en condiciones muy difíciles (particularmente en los últimos años) han tratado de dar cuenta de esta problemática sanitaria y servir en la medida de sus posibilidades a las necesidades de la población atendida.

Dado que la tarea en dicha provincia argentina señaló de modo muy particular haber concluido con el manicomio de Allen es que buscaremos precisiones sobre la

existencia y función del mismo, sus inicios y finalización. Sería justamente el eventual cierre de ese manicomio, cuya existencia trataremos de investigar, lo que le daría, o no, a la experiencia de Salud Mental rionegrina su carácter antimanicomial.

Tomamos como punto de partida el inicio del Plan Provincial de Salud Mental de Río Negro en marzo de 1984, fecha donde asume el Dr. Carlos Cornaglia, quien desempeñará sus funciones hasta marzo de 1985. A partir de entonces, y por más de una década, cumplirá la misma función el Dr. Hugo Cohen.

En este punto de arranque coinciden todos los autores consultados (Dres. Carlos Cornaglia, Luis Di Giacomo, Hugo Cohen, Miguel Vera, Norberto Altamirano y los Lics. José Schapapietra, Juan C. Toth y Angélica Guyot) (1, 3, 11, 12, 14) y también distintas publicaciones o documentos oficiales a los que nos referiremos.

Previamente expondremos los orígenes del Hospital de Allen, y luego haremos lo propio con el Servicio de Salud Mental del mismo nosocomio.

Consideramos principalmente el período 1983-1993 ya que este decenio fue el de mayor difusión de la llamada desmanicomialización rionegrina¹. Cabe señalar que las publicaciones e informaciones sobre la experiencia rionegrina han ido espaciándose cada vez más en el

¹ Por ejemplo la entrevista realizada al Dr. Hugo Cohen y a la Dra. Graciela Natella en *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría*, en 1991, que tuvo con su aparición en esa revista difusión nacional (2). También cabe citar: Cohen H. Nosotros y los manicomios. *Desbordar*, Abril 1992 (4); Cohen H. Nota en *Revista Zona Erógena*, Buenos Aires, Julio de 1993 (5) y Cohen H. “El proceso de desmanicomialización en Río Negro” en *Políticas de Salud Mental*. Lugar Editorial, Buenos Aires, 1994 (6).

tiempo, hasta su casi ausencia actual. Otra razón para elegir esa década 1983-1993 como período de estudio para esclarecer el tema de este trabajo, es que las publicaciones posteriores han ido repitiendo la afirmación del cierre del manicomio de Allen sin aportar nueva información sobre ello, y dando por sentado que lo afirmado en pocas frases es un hecho ya conocido, difundido y probado.

El periodo de la fundación del hospital

Corría el año 1912 y el primer gran sanitarista argentino, Director Nacional del Departamento de Higiene, el Dr. Domingo Cabred (1860-1929), determinó el sitio para la construcción del primer hospital de la Patagonia argentina en el pueblo de Allen situado en el Alto Valle del Río Negro. Fue parte de la política de construcción de instituciones sanitarias públicas que incluyó a los Hospitales Comunes Regionales de Resistencia (Chaco), Bell Ville (Córdoba), La Rioja, Posadas (Misiones) Santa Rosa (La Pampa), Concepción del Uruguay (Entre Ríos) y de Güemes (Salta), todos ellos nacidos por iniciativa de aquel sanitarista.

Este plan de construcción de hospitales generales públicos se correspondió con la idea de Cabred de ocupar el territorio nacional en sus áreas más periféricas extendiendo el dominio argentino hacia las distintas fronteras. De tal modo el Hospital Común Regional de Allen fue, en su momento, el más austral del país, y su denominación de origen da cuenta que nació como un hospital general y siempre lo fue (16).

Gemelo del construido en el Chaco, que fue terminado en 1916, el de Allen no fue habilitado sino en 1925 por haberse detectado fallas en su construcción. Cubría con sus 44 camas de dotación original las necesidades de hospitalización general neuquina y rionegrina. En 1928 debió doblar el número de lechos. Tenía la clásica estructura en pabellones que perdura hasta nuestros días, y contó desde sus principios con pista de aterrizaje para las derivaciones a centros de mayor complejidad. Este era un detalle revelador de las características avanzadas con las que lo concibió su recordado fundador. Apadrinaron a la institución el entonces presidente Marcelo T. de Alvear junto a su esposa Regina Pacini.

El hospital de Allen fue así durante décadas el centro polivalente de mayor complejidad médica de la región, y representó un gran aporte a la salud zonal.

Los orígenes del Servicio de Salud Mental del hospital general de Allen

A fines de los sesenta comenzó la asistencia psiquiátrica en el hospital general. El Dr. Monetta inició la tarea con un consultorio externo y la interconsulta de pacientes generales internados. Tiempo después lo acompañaron los reconocidos especialistas Enrique Escot y Lino Guevara (en Francia hoy el primero, y en Buenos Aires el segundo). Sus consultorios externos funcionaban en el pabellón de Clínica Médica.

Según informan el Dr. Hugo Cohen y col. en el año 1985, en 1978 (en otras informaciones consta 1981 (3, 6)) se habilita una construcción nueva hecha con fondos federales. Dice el mencionado trabajo en su página 24: *"Se trata de una construcción del año 1978 construida con fondos de un programa federal. Posee internación de hombres y mujeres, comedor, sala de reunión, taller de carpintería, consultorios externos, etc. Si bien la construcción es reciente, su calidad no es adecuada y su mantenimiento insuficiente. Previamente este servicio funcionaba en un pabellón construido a principios de siglo. En el presente el Hospital de Allen está constituido por varios pabellones distribuidos en un gran parque, estando en condiciones de habitabilidad 4 de ellos, y un total de 7. Uno de éstos pertenece al de Salud Mental"* (1). Queda entonces claro que en la institución sanitaria existían a fines de 1985 pabellones para distintas especialidades médicas, entre ellas Salud Mental. Por lo tanto, era un hospital general, polivalente según refieren en esta cita sus autores.

Uno de los co-autores del trabajo referido, el Dr. Miguel Vera, fue Jefe del Servicio de Salud Mental de Allen desde el año anterior en que co-escribió ese trabajo. Este distinguido profesional de la psiquiatría, actualmente profesor titular de psiquiatría en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad del Comahue, en otro trabajo abundaba en la misma dirección (13, 15). En toda la documentación de la época el Dr. Miguel Vera firma aclarando: "Jefe Interino. Servicio de Salud Mental. Hospital de Allen".

No existe constancia documental sobre fundación por esa época de institución monovalente alguna. Sí aparece señalado su cierre por primera vez en la publicación *"Interacción"* diciembre 1988, N° 2, Viedma (siendo Director Provincial de Salud Mental el Dr. Hugo Cohen). En página 25 se puede leer: *"¡Último momento! Al entrar esta revista en imprenta se cerró definitivamente el neuropsiquiátrico de Allen iniciándose las obras para su transformación en Hospital General. 3 de octubre de 1988"* (9). Ese es todo el texto.

Al mes siguiente la revista *"Saludándonos"* del Consejo Provincial de Salud Pública de Río Negro, Año I, N° 1 de Diciembre de 1988, dedica un trabajo a *"Nuestra propuesta en Salud Mental"*, adonde la única referencia al cierre del manicomio es la siguiente: *"La decisión política y el protagonismo del conjunto de los trabajadores de la salud hicieron posible la disolución del neuropsiquiátrico en Río Negro"* (8). Se habla así de "disolución" en esta publicación oficial del Ministerio.

Pese a lo arriba documentado, en un expediente fundamental (N° 1394/93) de cinco años después se afirma lo siguiente: *"De los 14 pacientes que había a comienzos de 1992 [se refiere al Hospital de Allen] se ha logrado externar 2 en 1992 y 2 en lo que va de 1993 restando aún 10 personas con largos años de internación [...] De esta manera es de esperar que en los próximos meses se produzcan nuevas externaciones, lo que irá disminuyendo progresivamente el número de los que aún están internados"* (10). Lo referido es parte de la contestación del Programa de Salud Mental dirigido por el Dr. Hugo Cohen a la Legislatura de Río Negro en un publicitado pedido de informes hecho por los dipu-

tados provinciales el 21/9/93) (10). De esta manera las máximas autoridades sanitarias y de Salud Mental rioplatenses afirmaban que cinco años después de la “disolución” del manicomio continuaban allí recluidos 10 pacientes crónicos de un total de 30 que había diez años antes. Esta cifra de 30 está expuesta en el trabajo ya mencionado de Cohen, Toth, Vera y Guyot, donde se escribe: *“De las cuarenta camas del Servicio de Salud Mental del Hospital de Allen, se ocupan en la actualidad (1985) sólo el 75 %”* (1). Por causas que desconozco, el Dr. Cohen informa en 1991 a la revista *Vértex* que el número de internados en Allen durante la gestión de Cornaglia (1984) era de 120 pacientes, y en el comienzo de su gestión (1985) era de 80 (2). (El propio informe de Cornaglia consultado para este trabajo desmiente la afirmación publicada en la entrevista de *Vertex*). En otra publicación (*“Políticas en salud mental”*) del año 1994, el mismo autor señala que la cantidad de pacientes internados en Allen superaba el centenar en 1985 (7). Ambos artículos son de ediciones hechas en Buenos Aires, no en Río Negro, por empresas editoriales con importante circulación, y no vinculadas a los poderes públicos.

El mismo año la Revista CVC de Río Negro (Año I, N° 7, Julio, 1993) publica un reportaje coincidente con lo arriba transcrito. El artículo se titula: *“Hospital de Allen”* y entrevista al “Dr. Ricardo Furque, Director del Hospital de Allen” y a la “Lic. Silvia Rodríguez, Jefa del Servicio de Salud Mental”. Entre otras cosas la Lic. Rodríguez informa: *“En este momento hay 11 pacientes crónicos con largas épocas de internación. Hay algunos que llevan 10 años [...] el hospital ha pasado a ser su casa [...] han quedado del viejo sistema”* (nótese que 10 años antes ya había comenzado el Programa “desmanicomializador”) (17). Por su lado el Dr. Furque, Director del Htal. de Allen afirma: *“Estamos en un momento de coyuntura crítica, tenemos la misma cantidad de profesionales, pero no es la deseada. El plantel profesional que siempre se ha manejado son dos psicólogos y dos psiquiatras. Tenemos sólo dos psicólogas. Allen es el más desprovisto en todos los sentidos [...] Como siempre ocurre la teoría es una cosa y la práctica otra [...] si no se cuenta con el personal suficiente y adecuado, si no se tienen los recursos económicos necesarios, si no se tienen edificios para internar pacientes crónicos [...] lamentablemente la buena voluntad no es suficiente”* (17).

Ese mismo año, el 31 de octubre de 1993, el Dr. Luis Di Giacomo publica un artículo en el diario “Río Negro” intitulado: *“Río Negro y el manicomio fantasma”* Entre otras cosas dicho profesional dice allí: *“Se comete un 'error' cuando se propagandiza que se cerró un manicomio y quizás debiera decirse que se desmanteló un servicio”* (14). El Dr. Di Giacomo había sido coordinador de Salud Mental de la Zona del Valle Medio desde principio de 1984, y, desde 1987, médico psiquiatra del Hospital de Gral. Roca. En 1985 había ganado el Premio APSA por su trabajo en administración de servicios de Salud Mental. Actualmente es profesor universitario en nuestra disciplina.

Debe recordarse que en 1984-1985 el documento de los Dres. Hugo Cohen y Miguel Vera y los Lics. Juan C. Toth y Angélica Guyot, arriba mencionado, informaba que eran 30 los pacientes crónicos internados en Allen.

Nueve años después son once. Esto parece indicar que no había existido cierre o disolución y el “cronicario” continuaba. El Lic. Toth era Jefe del Servicio de Salud Mental de Viedma, y la Lic. Guyot lo era del Servicio de Salud Mental de Cipolletti.

Como vemos, a fines de 1988 la Jefatura del Programa de Salud Mental de Río Negro anuncia el cierre-disolución del neuropsiquiátrico, y cinco años después se documenta la continuidad de su existencia.

Por otro lado: la misma documentación oficial no habla de la existencia de manicomio en Allen durante 1984-1985-1986 (1, 11, 12, 13) y a fines de 1988 se anuncia el cierre ¿Cuándo fue abierto? Las hipótesis son: o en 1987, o nunca.

Sabemos que el Servicio como tal data de 1980, por lo cual los tres años previos a la llegada del Dr. Cornaglia no permiten pensar que allí se hubiera fundado el manicomio, porque sino los autores señalados lo hubieran documentado claramente, y todo lo que aportan es en sentido contrario: en todo momento se refieren al “hospital de Allen” y al “servicio de Salud Mental”.

La primera hipótesis de las dos arriba planteadas (que el manicomio hubiera sido abierto en 1987 y cerrado a fines de 1988) queda invalidada por la abundante documentación expuesta, que muestra la existencia de internados de larga estadía desde mucho antes y también por la reiterada apelación a la existencia de pacientes de larga estadía en 1988. Sabemos también por lo documentado que en 1993 había pacientes crónicos desde 1983 (por lo menos) en el Servicio de Salud Mental del Hospital de Allen.

Primeras conclusiones

1. El Hospital de Allen (Río Negro) fue fundado en 1912 como Hospital Común (general, polivalente) y como tal ha continuado sin interrupciones hasta nuestros días.

2. La actividad psiquiátrica comienza a fines de los sesenta sin constitución de un Servicio específico, con espacio propio, recursos humanos y económicos, y dependencia institucional.

3. El Servicio de Salud Mental emplazado en un pabellón nuevo y reciente, distinto de la arquitectura concretada por Cabred, se constituye entre 1978 y 1981.

4. En 1988 la construcción más nueva y reciente en la que funcionaba la internación del Servicio de Salud Mental (la que Cornaglia, Toth, Guyot, Vera, Altamirano y Cohen mencionan y describen, con 40 camas, comedor, sala de reuniones, etc.) es destinada a pacientes clínicos generales, y Salud Mental pasa a funcionar en uno de los pabellones antiguos fundados por Cabred. Esto es lo que luego se anunciará como “la reconversión del manicomio en hospital general”. El mencionado antiguo es el pabellón sobre el que se informa a la Legislatura, y en el que son reporteados Furque y Rodríguez.

5. La información oficial disponible aporta pocos datos, muchos de ellos contradictorios. No se exhiben estadísticas después de 10 años de Programa. Sobreabundan las afirmaciones genéricas, limitándose un programa

sanitario a declaraciones fuertemente teñidas de ideologismo. No se demuestra la existencia del "manicomio" contra el que se lucha. La afirmación de haber recon-

vertido en hospital general el manicomio aparece como temeraria y desconoce que desde Cabred esa institución no cambió su valencia. ■

Referencias bibliográficas

- 1) Cohen H, Toth JC, Vera M, Guyot A. "Diagnósticos de Salud y de Salud Mental de la Provincia de Río Negro". Monografía de Administración de Servicios de Salud Mental, 1985.
- 2) Cohen H, Natella G. La salud mental en la Provincia de Río Negro. *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría*, (1991) II, 3: 41-47.
- 3) Cohen H. "Lineamientos para un Plan de Salud Mental, 1985".
- 4) Cohen H. Nosotros y los manicomios. *Desbordar*, Abril 1992.
- 5) Cohen H. Nota en Revista *Zona Erógena*, Buenos Aires, Julio de 1993.
- 6) Cohen H. "El proceso de desmanicomialización en Río Negro" en *Políticas de Salud Mental*. Lugar Editorial, Buenos Aires, 1994.
- 7) Cohen H et al. *Políticas en salud mental*. Lugar Editorial, Buenos Aires, 1994.
- 8) Consejo Provincial de Salud Pública de Río Negro. Revista *Saludándonos*, Diciembre de 1988.
- 9) Departamento de Salud Mental de Río Negro. *Revista Interacción*, 1988.
- 10) Poder Ejecutivo de Río Negro: "Contesta pedido de informes a la Legislatura sobre cumplimiento de la Ley 2440" Exp. 1394/93, 21-9-93.
- 11) Cornaglia C. "Plan de Salud Mental para la Prov. de Río Negro", 1984.
- 12) Cornaglia C. "Lineamientos para un anteproyecto de externalización de pacientes internados en instituciones psiquiátricas", 1985.
- 13) Servicio de Salud Mental. Área Programática de Allen. Boletín Interno. N°s.1 y 2. Años 1984 y 1985.
- 14) Diario "Río Negro" de Gal. Roca, varios números.
- 15) Sociedad Rionegrina de Psiquiatría. Boletín 1993.
- 16) Malamud M. Domingo Cabred. Ediciones culturales argentinas, Buenos Aires, 1972.
- 17) "Hospital de Allen". Revista CVC, Año I, N° 7, Julio, 1993.

Platón y los médicos y sus pacientes...

Elpidio Olivera

*Médico psiquiatra. Ex Jefe del Servicio de Psicopatología del Hospital Privado de Córdoba. Ex presidente del Comité de Psiquiatría del Consejo de Médicos de la Provincia de Córdoba y Director de los Cursos de Recertificación.
E-mail: dreolivera@hotmail.com*

La Medicina griega en la época clásica (siglo V y IV a.C.) había adquirido la calidad de excelencia tanto como *tekhné* como *episteme*. El saber médico era integrante valioso de la *paideia*, según W. Jaeger. Es el momento de tránsito de las preocupaciones de los filósofos griegos de lo cosmológico a lo antropológico, ya los pre-socráticos habían desarrollado todo un cuerpo teórico sobre la *physis*, en adelante la filosofía se aprestará a comprender al hombre y sus circunstancias.

La ciencia médica estaba más allá de una profesión, podía ser entendida como una fuerza cultural en la vida del pueblo griego, ocupando una porción considerable del saber de la época. La tarea de búsqueda de la perfección tanto física como espiritual, tan cara a los ideales griegos, debía ser realizada por el médico y el gimnasta, completada por el músico, el poeta y el filósofo. Es el momento en que culmina su valoración social y espiritual y consecuentemente la imagen del médico. *"El médico aparece aquí como representante de una cultura especial del más alto refinamiento metódico... y es, al propio tiempo, la encarnación de una ética profesional ejemplar"*. Estaba considerada como una herramienta de primer orden en el proceso educativo *"... la posición única que ocupa el médico en la Grecia de los tiempos clásicos responde principalmente la relación en que se halla con la paideia... [y]... traspasa los linderos de una simple profesión para convertirse en una fuerza cultural de primer orden en la vida del pueblo griego"*(2).

Pero, un poco más adelante, el filólogo advierte que la medicina al ir convirtiéndose en práctica profesional exclusivamente, aferrada a la tarea cotidiana que se le impone, adoptando un empirismo reduccionista ve perder su lugar como participante activo de la cultura general para concluir: *"En la cultura moderna no llegará a recobrar nunca este lugar"*(2). Su tarea se centrará más en considerar lo *zoé* que lo *bios*.

La medicina, tanto como conocimiento científico que como práctica social, fue una temática abordada con frecuencia en los escritos de los pensadores griegos de la

época atribuible, tal vez, a la precocidad con que se desprendió del cuerpo de conocimientos "fisiológicos" es decir el estudio de la *physis* (entendida como naturaleza en su sentido más amplio) al tiempo de haber podido ser evaluado, según algunos filólogos, como un antecedente para la filosofía socrático-platónica. Y así la vemos en Platón como una constante preocupación evidenciada a través de su evocación en buena parte de sus textos y que se hará más patente en el *Timeo* y, sobre todo, en las obras postreras como *Leyes* y *República*.

La dualidad cuerpo-alma como oposición óptica es una preocupación que transita en casi todos los *Diálogos*, será ejemplificada en la relación medicina-ética y se verá resumida en la expresión *"el cuerpo y su salud tiene un alto valor si se acompaña del bien moral"*, tal como lo señala Diego Gracia(2). En *Cármides* insiste en la noción de la unidad cuerpo-mente requisito necesario para la curación cuando Sócrates relata la experiencia vivida en el ejército con el médico tracio que le decía *"...este cuerpo a su vez no puede ser curado más que a una con el alma... el remedio del alma consiste en ciertas fórmulas de encantamiento. Estas consisten en los bellos razonamientos que hacen nacer la sabiduría en el alma. Cuando el alma llega a poseer una vez la sabiduría y la conserva, es fácil entonces dar la salud a la cabeza y al cuerpo entero"* (*Cármides* 157a.)(6).

"Para Platón, la medicina, ha aparecido, primero que todo, como la tékhnê -que no es la ciencia, sino algo menos, y algo más que el arte- por antonomasia, dueña de un método seguro"(5). El método servirá posteriormente como punto de referencia para la sistematización de otros saberes, es interesante visualizar como se van constituyendo, en esa época, las disciplinas científica-técnicas. Esta correlación entre conocimiento filosófico y Medicina ha marcado, para algunos, la diferencia en los desarrollos de las escuelas de Cos de la de Alejandría. Ésta, que para la época disponía de un amplio caudal de observaciones y un ordenamiento pormenorizado de sus hallazgos, sin embargo no llegará a una formulación científica y a per-

durar como referente en los siglos posteriores, como la de Cos, al no disponer de los dispositivos que le dispensaban los estudios de los “fisiólogos”. Sin embargo, se puede ver a través del “Corpus hippocrático”, doctrina que se desarrolla para esa misma período, y en buena medida consecuencia del desarrollo de los conocimientos y teorías “fisiológicas”, un marcado desden por los enunciados filosóficos, un menosprecio por todo aquello que sea especulativo y un reiterado afán de considerarse auténticos poseedores del método científico.

La práctica médica en la Atenas de la época clásica tiene una especial referencia en Leyes y está minuciosamente descrita en algunos tramos del texto como se podrá ver a través de las citas. Algunos comentaristas han puesta en duda la veracidad de la descripción y proponen que debe entenderse como una construcción utópica resultante de “Edifiquemos en teoría una ciudad...”. Sin embargo estos Diálogos que fueron escritos en los últimos años de la vida del filósofo son valorados en general como una de la más acabada crónica de la época, más allá de su valor histórico-crítico.

La forma de ejercer la Medicina comprende el uso de recursos y dispositivos que se aplicaran de acuerdo al estrato social a que pertenezca el paciente: ser esclavo u hombre libre y dentro de estos según sean poseedores de mayores o menores recursos pecuniarios: “...son los esclavos los que cuidan a sus semejantes, bien sea yendo de un lado a otro, bien sin dejar sus dispensarios; ninguno de esos médicos da ni acepta explicación alguna sobre los casos individuales de los distintos siervos, sino que prescribe lo que el empirismo le sugiere, como si estuviera perfectamente informado, adoptando la pose de un tirano, y luego de esto acude con gran ligereza a atender a otro esclavo enfermo; de esta manera descarga a su dueño de la tarea de cuidar a los enfermos” (Leyes, 720 c)(8).

Para luego señalar una muy distinta predisposición cuando se la administra a un ciudadano de la polis que posea un buen patrimonio. Entonces será posible la actitud individualizadora del trastorno y consecuentemente el diagnóstico y el tratamiento adecuado construidos sobre un dispositivo persuasivo: “... El médico libre, en cambio, cuida y examina, como cosa ordinaria, las enfermedades de las gentes libres; estudia la enfermedad desde sus comienzos y según sus fundamentos naturales, cambia impresiones con el mismo enfermo y con los amigos y allegados de este y, al mismo tiempo que el personalmente aprende junto a los enfermos, va instruyendo al mismo paciente, en la medida en que ello le es posible, sin prescribirle nada hasta tanto haya conseguido vencerlo de ello; y entonces, ayudado ya por la persuasión, tranquiliza y prepara continuamente a su enfermo, hasta lograr llevarlo poco a poco a la salud” (Leyes, 721 a)(8).

Esta distinta actitud ante el enfermo será la consecuencia manifiesta de la forma en que se adiestrará el médico de esclavos puesta en el diálogo que sostienen el Ateniense con Clinias: “... se forma según las instrucciones de su dueño (el médico de hombres libres), viéndolo hacer a él y de una manera empírica, no aprendiendo en la ciencia de la Naturaleza que los hombres libres adquieren por si

mismo y enseñan a sus discípulos. ¿Admitirás, pues, esas dos categorías de médicos?”(8).

La disposición de respeto a la individualidad instalada en los ciudadanos rechaza el ser tratado como persona de rango inferior que se patentiza cuando Eliano relata la anécdota que un Aristóteles enfermo vive frente a su médico, increpándolo: “no me trates como a un boyero ni como a uno que cava la tierra, sino que, después de ilustrarme primero de la causa, me tendrás así presto para obedecerte”.

El artesano de Atenas, clase bastante numerosa para la época, ocupaba un espacio social que lo distinguía del esclavo y del ciudadano libre de la polis y por lo tanto merecía que su enfermedad fuera tratada de una manera diferente: el proceder terapéutico era necesario que fuera expeditivo “... si se encuentra enfermo un carpintero, juzga conveniente que el médico le dé a beber un vomitivo que le ayude echar afuera la enfermedad, o que le obligue a evacuarla por abajo, e incluso que le aplique un cauterio, o una incisión. Pero suponte que se le ordene un largo régimen y se le aconseje cubrirse la cabeza con un gorrito de lana y otras cosas semejantes. Contestará en seguida que no dispone de tiempo para estar enfermo y que ni siquiera le interesa vivir de esa manera, a vueltas con la enfermedad y sin poder preocuparse del trabajo que le corresponde. Y nada más decirlo, despedirá al médico y, o bien recobrará la salud, entregado ya a su normal régimen de vida y de trabajo o, caso de que su cuerpo no resista la enfermedad, morirá sin pena ni gloria, libre ya de toda preocupación” (República 406 c)(9). Dice Lain Entralgo “... es a todas luces evidente que la ‘terapéutica pedagógica’ requiere del paciente -aparte de los honorarios del médico y el pago de los remedios que este prescriba- muy amplia disponibilidad de tiempo libre: ocio. Solo el rico puede comprar tiempo propio y tiempo ajeno”, dirá el historiador español a este propósito (4).

Más allá de esta imagen de los contrastes de la Medicina ateniense, Platón se permite criticar y hasta ridiculizar a aquellos médicos o casi médicos que abominan de los recursos de un tratamiento individualizado del paciente: “... Estos médicos que practican la medicina de una manera empírica, sin principios razonados, fuera a encontrar a un médico libre, en el momento en que este conversa con su enfermo libre, empleando argumentos que están muy cerca de la filosofía, estudiando la enfermedad desde sus orígenes, remontándose a la naturaleza general del cuerpo, se echaría inmediatamente a reír y no haría otras reflexiones que las que tienen en la punta de la lengua para esta ocasiones, la gran mayoría de esos pretensos médicos. “¡Insensato –diría este tal- lo que tu haces no es cuidar a tu enfermo; es, en una palabra, instruirlo, como si él te pidiera que hicieras de él no un hombre sano, sino un médico!” (Leyes, 857 b)(8).

Pero en otros Diálogos sabrá poner límites al “accionar pedagógico” excesivo de algunos “asclepiades” y mostrará una repulsa irónica a aquellos pacientes que dedican su tiempo y dinero a cuidar en exclusividad a su cuerpo, “muriendo continuamente por causa de la ciencia”. (República, 412 a) (9).

Además hablará de “médicos públicos” en Gorgias, 514 d, discurriendo con Calicles que calidades serían necesarias tener para ejercer esas tareas. En varias ocasiones se referirá a hospitales, que serían más bien dispensa-

rios, sobre todo para el tratamiento del alcoholismo, por ejemplo en *Leyes*, 646c, y del mismo modo en *República*, 405a. Para la época también estaban los “médicos ambulantes” a quienes Hipócrates en “*Sobre los vientos, las aguas y las regiones*” en el *Corpus Hippocraticum* taxativamente les señala las condiciones a tener especialmente en cuenta cuando “... *llegue a una ciudad desconocida para él deberá precisar ante todo la posición que ocupa ante las diversas corrientes de aire y ante el curso del sol... así como también observar lo que se refiere a las aguas... y a la calidad del terreno...*”(3).

En varios momentos Platón se refiere a como se sustentaba el ejercicio de la profesión, a los esclavos lo curan otros esclavos, a veces del mismo amo y que habían trabajado antes con un médico, los “médicos de los hombres libres” pueden recibir paga pero por su condición económica que le implicaba ser ciudadano de la polis no le era indispensable para vivir, pero si reclamara un honorario debía ajustarse a normas éticas, sino le podría ocurrir como a “... *Asclepio, hijo de Apolo, halagado por dinero quiso curar a un hombre en trance de muerte, lo cual le ocasionó el ser fulminado por el rayo*”. Pero él descreo del relato mítico aunque sea referido por los “*poetas trágicos y Píndaro*”(8).

Estos distintos dispositivos para administrar los recursos terapéuticos evidencian, por lo menos, concepciones antropológicas diferentes para el ciudadano y el esclavo: un individuo estructurado como un sujeto, es decir con capacidad para entablar un diálogo entre seres humanos y un no-sujeto, incapaz de simbolizar, algo así como “una cosa que habla” como los verá y lo nominará Cicerón tres siglos después.

También en la obra de Platón se pueden descubrir los inicios de una intención clara de usar la palabra con fines de integrarla a una estrategia terapéutica racional deslindándola de lo que se podría valorar como un conjuro, es decir hechizo o actitud mágica como había sido utilizada hasta entonces en la mayoría de las prácticas médicas diferenciándola del ensalmo, encantamiento o persuasión, es la “*racionalización del ensalmo*” como dirá Lain Entralgo.

En el conjuro la palabra pretende actuar directamente sobre la enfermedad, entendiéndola como algo (reificación) que se instala en el individuo y que hay que desplazarla, eliminarla. Esta fuerza mágica, esta manera de energización del pensamiento, procura una suerte de dominación sobre la realidad, al tiempo que trata de encantar a las potencias divinas que la gobiernan.

El ensalmo, en esta nueva concepción, dirige su mensaje a persuadir al enfermo en forma directa o bien seduciendo a la divinidad que llevará paz y tranquilidad al paciente hasta volverlo receptivo a la intervención terapéutica, conduciéndolo a la *sophrosyne* ese estado de tranquilización, de serenidad, de esclarecimiento y ordenación de sus temores y que se la buscará a través de la persuasión, la sugestión y la seducción. Este estado “... *será filosóficamente aceptable y médicamente eficaz cuando alcance la condición de 'logos kalós, bello discurso', y cuando el enfermo lo reciba habiendo previamente ofrecido, entregado o presentado su alma... Desde el punto de vista de*

la acción terapéutica, el logos del médico será kalós cuando su contenido y su forma se hallen rectamente ordenados a la peculiaridad y a la situación del paciente”(2).

Dodds se referirá a esta mutación de la función de la palabra en el acto médico fundándola en la aseveración de “... *que fue Platón mismo quien por un acto auténticamente creador, traspuso esta ideas definitivamente del plano de la revelación al plano del argumento racional*”, y va en búsqueda de apoyo para este juicio y lo encuentra en una cita de Burkhardt: “... *su racionalismo se vivifica en ideas que en otros tiempos fueron mágicas y, por otra parte, veremos más adelante como sus ensalmos fueron puestos al servicio de fines naturales*”. Pero el filólogo no se atendrá a esta concepción reduccionista y verá a un Platón con una comprensión humana más amplia “... *Tan pronto como volvió la atención del yo oculto al hombre empírico, se vio forzado a reconocer un factor irracional dentro de la mente misma y a pensar así en el mal moral en términos de conflicto psicológico*”(1).

Platón llegará así a proponer una nueva función de la palabra, el “bello discurso”, ya despojada de todo contenido mágico, actuando en forma directa sobre el alma del paciente o en la profundidad de su religiosidad. Muy tardíamente la Medicina volverá a considerar este recurso, así concebido, como válido en el diseño de una estrategia terapéutica, diferenciado de los ceremoniales litúrgicos que aún persisten en algunas prácticas médicas sometidas a los diversos sistemas creenciales. Cabe preguntarse, entonces, si se está frente al comienzo de la historia de la Psicoterapia o si es una manifestación asimilable solamente a una “actitud pedagógica”.

Pero estos aportes, lamentablemente, no fueron incorporados por los médicos hipocráticos renuentes a todo lo que pudiera ser contaminado con formulaciones, para ellos, de corte metafísico. Sin embargo, las ideas platónicas (conjuntamente con la Lógica aristotélica y la Filosofía estoica) tendrán una fuerte influencia en la medicina greco-romana. Galeno recurrirá reiteradamente a sus conceptos y le dedicará una consideración especial en dos de sus obras: “*Sobre el contenido médico del Timeo de Platón*” y “*Comentarios a la República de Platón*”.

Si bien la Medicina no constituye un tema central en la obra platónica, los párrafos que le dispensa hablan de su preocupación y la de la sociedad ateniense de la época clásica por los problemas de la salud y, de lo que de ahí deriva, sus múltiples proyecciones en la comunidad tanto en su vida cotidiana como en sus concepciones míticas que la reflejan. A esto habría que agregarle, según el parecer de algunos filólogos, la especial influencia que habría tenido como cuerpo doctrinario y práctica ética-profesional en el ordenamiento de la Ciencia y la Filosofía de los Siglos V y IV a C. Pero esta problemática, que ya se había manifestado en los pensadores pre-socráticos, está lejos de concluir con Platón y el helenismo, se la verá como se proyecta en los siglos venideros hasta adquirir una notable influencia en la Medicina medieval especialmente en las obras de Avicena y Averroes influencia que llega hasta nuestros días.

Visitar y reflexionar sobre algunos momentos de la Historia de la Medicina puede provocar sentimientos y

pensamientos encontrados si se trata de confrontar su pasado con su presente. El ahora, tan pródigo en adquisiciones, con sus paradigmas que se modifican cada dos o tres décadas y sus portentosos logros tecnológicos que se acrecientan constantemente, frente a un pasado que aparece como inmutable, se podría convertir en una tarea anacrónica. Sin embargo se percibe que muchos de las contradicciones que enfrentaban los médicos en

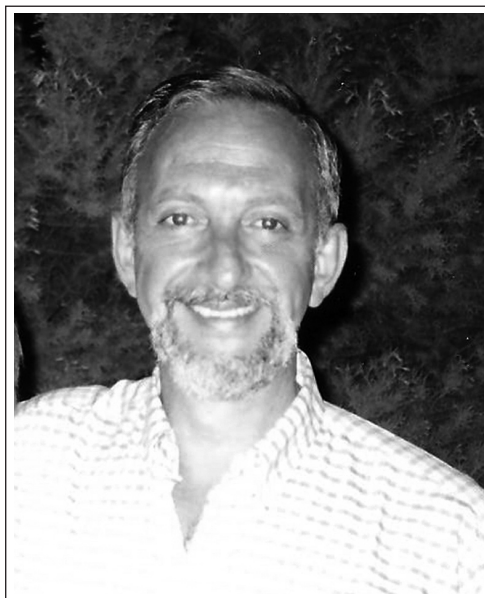
la Grecia clásica se reproducen en las prácticas de los siglos posteriores. El desarrollo excéntrico, en tanto sus formulaciones teóricas y sus adquisiciones terapéuticas se construyen, en buena medida, en ámbitos que no le pertenecen, conlleva a la discordancia entre las posibilidades de la Medicina contemporánea y sus dispositivos asistenciales ■

Referencias bibliográficas

1. Dodds ER. *Los griegos y lo irracional*. Alianza Editorial, Madrid, 1997.
2. Gracia Guillen D. La Psicoterapia verbal. En: *Historia Universal de la Medicina*. Salvat editores, Barcelona, 1972.
3. Jaeger W. *Paideia*. Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires, 1993.
4. Lain Entralgo P. Marañón y el enfermo. *Revista de Occidente*, Madrid, 1962.
5. Lasso de la Vega J. Los grandes filósofos griegos y la Medicina. En: *Historia Universal de la Medicina*. Salvat editores, Barcelona, 1972.
6. Platón. *Cármides o de la sabiduría moral*. En: *Obras completas*. Aguilar, Madrid, 1986.
7. Platón. *Gorgias o de la Retórica*. En: *Obras completas*. Aguilar, Madrid, 1986.
8. Platón. *Leyes o de la Legislación*. En: *Obras completas*. Aguilar, Madrid, 1986.
9. Platón. *República o de la Justicia*. En: *Obras completas*. Aguilar, Madrid, 1986.
10. Platón. *Timeo o de la Naturaleza*. En: *Obras completas*. Aguilar, Madrid, 1986.

IN MEMORIAM

Alejandro Lagomarsino



Alejandro Lagomarsino
[03/01/1951 - 18/06/2011]

Desde el inicio de su carrera, Alejandro mostró una extraordinaria curiosidad. Todo era objeto de su predisposición a examinar y conocer. Nunca una posición ideológica (tan propia de los años setenta del siglo pasado) lo limitó para adentrarse en cada teoría. Si bien fue haciendo sus propias elecciones profesionales, bien podría decirse que fue un hombre que eligió interesarse por todo.

En una época dominada por el psicoanálisis, él se acercó a la psicofarmacología. No lo hizo desde el antagonismo, sino con la libertad para indagar en recursos eficaces clínicamente. Junto con Julio Moizeszowicz, participó en la creación del *Capítulo de Psicofarmacología* de la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA), el cual se constituyó desde sus inicios en una herramienta de formación objetiva para tantas camadas de psiquiatras. En ese *Capítulo*, Alejandro fue Presidente durante cuatro años y, luego, Presidente Honorario.

En su práctica clínica, Alejandro no era un simple prescriptor de fármacos. Sus indicaciones se enmarcaban en una estrategia y las combinaba con una amplia apertura intelectual a las otras intervenciones terapéuticas de nuestra disciplina.

Hace ya 22 años, Alejandro creó la Fundación de Bipolares de la Argentina (FUBIPA), una organización que

congrega a pacientes bipolares y familiares como agentes activos de su propia recuperación. Dedicó mucho de su tiempo personal a la instalación y la consolidación de FUBIPA en todo el país, desde donde desarrolló tareas psicoeducativas de las que fue pionero en la Argentina.

En este sentido, Alejandro era un noble. No de esa nobleza que se hereda por linaje, sino de la que se gana a través de hacer algo de forma desinteresada por los demás.

Cada uno de los que firmamos esta nota estaríamos tentados de contar muchos momentos compartidos con Alejandro. Permítasenos solamente decir que poco tiempo antes del final, él le recordó a uno de nosotros que deberíamos volver a reunirnos para hablar de amor. Esta nota no es una sustitución de ese encuentro que no fue. Aunque su contenido tiene que ver con lo que él propuso: hablar de amor

Alejandro dejó a sus dos queridos hijos, Carola y Alejo; a la madre de sus hijos, Liliana, y a quien, en estos días, era su compañera, María Elena. A ellos nuestra presencia y afecto ■

**Aníbal Goldchluk, Gustavo Lipovetzky,
Carlos Vinacour***

* Los autores hemos sido amigos de Alejandro durante muchos años. Uno de nosotros, Aníbal Goldchluk, compartió con él la Residencia en Psicopatología en el Hospital "Pirovano"; otro, Gustavo Lipovetzky, lo conoció convocándolo para la supervisión en psicofarmacología en el "Hospital Italiano de Buenos Aires" y el último, Carlos Vinacour, compartió con él el consultorio durante los últimos diez años y largas charlas en los últimos días.